

X Simposium Internacional
de la Asociación Española de
Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos
de Enfermería

Lenguaje enfermero:
identidad, utilidad y calidad

Ponencias y Comunicaciones

3 y 4 de Abril 2014
Sevilla



AENTDE



I.S.B.N.: 978-84-616-8248-5

Edita: AENTDE

Feixa Llarga, s/n

L'Hospitalet de Llobregat

Sevilla Abril 2014



Ponencias y Comunicaciones X Symposium AENTDE by www.aentde.com is licensed under a [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

Cómo citar este libro:

Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. AENTDE. (Editores).

X Symposium AENTDE. "Lenguaje enfermero: identidad, utilidad y calidad". Sevilla. AENTDE. 2014.

Nota: Se han utilizado directamente los textos enviados por los autores

Índice

Índice.....	2
Presentación	10
Comités.....	12
Ponencias	13
LENGUAJE ENFERMERO: IDENTIDAD, UTILIDAD Y CALIDAD	14
NURSING IDENTITY AND STANDARDIZED LANGUAGES	24
APLICACIÓN CLÍNICA DE LOS NOC.....	27
DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y MIGRACIÓN. PROPUESTA DEL NUEVO DIAGNÓSTICO: RIESGO DE TRANSICIÓN MIGRATORIA COMPLICADA.....	37
VALIDACIÓN DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO DUELO EN CASOS DE PÉRDIDA PERINATAL	43
VALIDACIÓN CLÍNICA DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO INSOMNIO EN TRABAJADORES A TURNOS	56
TODO HA CAMBIADO... ¿O NO?	66
VALIDACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC RELACIONADOS CON EL DOLOR.....	72
EFECTIVIDAD DEL LENGUAJE ESTANDARIZADO EN EL PACIENTE DIABÉTICO	78
DESARROLLO Y ESTADO ACTUAL DE LA RED ESPAÑOLA DE INVESTIGACIÓN EN TAXONOMÍAS ENFERMERAS-REITE.....	93
APLICACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN Y DOCÊNCIA DE LAS TAXONOMIAS ENFERMERAS EM BRASIL.....	97
INTEROPERABILIDAD EN EL ÁMBITO DE LOS LENGUAJES ENFERMEROS	112
PROYECTO CENES: APLICACIÓN SISTEMÁTICA DE LA METODOLOGÍA ENFERMERA EN LOS CUIDADOS PROFESIONALES.....	130
IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN ENFERMERA EN LA HISTORIA DIGITAL: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL VIRGEN DE VALME. SEVILLA	134
TAXONOMÍAS, CALIDAD SANITARIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	151
TAXONOMÍAS Y CALIDAD: ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES...	153
LA WEB SOCIAL AL SERVICIO DE LA ENFERMERÍA.....	169
EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO 2.0: LA EXPERIENCIA CONTADA EN UN BLOG	178
PRESENTE Y FUTURO DE LOS LENGUAJES ENFERMEROS.....	187
Comunicaciones	195
NURSING ELECTRONIC RECORDS: USING THE CLASSIFICATIONS NANDA-I, NIC AND NOC.....	196

USO E INTEGRACIÓN DEL LENGUAJE ENFERMERO EN LA ASIGNATURA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA MUJER	205
UTILIDAD DEL LENGUAJE ENFERMERO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. PERCEPCIÓN DEL/A ESTUDIANTE DE GRADO. UPV/EHU	208
FIABILIDAD DEL RESULTADO "CONTROL DEL DOLOR" EN LA VALORACIÓN CLÍNICA DEL DOLOR CRÓNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA	214
VALIDEZ DEL RESULTADO "CONTROL DEL DOLOR" EN LA VALORACIÓN CLÍNICA DEL DOLOR CRÓNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA	219
SELECCIÓN DE NOC COMO RECURSO DE VALORACIÓN Y PRECISIÓN DIAGNÓSTICA EN LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR	224
PREVALENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA "TRASTORNO DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO": ANÁLISIS DE LA EVIDENCIA	230
PROTOCOLIZACIÓN DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS.....	239
EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN EN LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS.....	244
VENTAJAS DE LA UTILIZACIÓN DE UNA APP NANDA-NOC-NIC PARA LA ELABORACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS.....	249
INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES AS A TOOL FOR NURSING TAXONOMY LEARNING	254
THE USE OF A CLINICAL REASONING WEB IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS	260
MODELO DE CUIDADOS EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS. DIEZ AÑOS DE PRÁCTICA REFLEXIVA.....	267
CONSTRUCCIÓN DE CATALOGO CIPE® : VIGILÂNCIA DEL DESARROLLO DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 3 AÑOS	275
ENFOQUE CURRICULAR FUNDAMENTADO EN EL PROCESO DE ENFERMERÍA	279
INCIDENCIA DEL DIAGNÓSTICO "INTERRUPCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA" Y FACTORES RELACIONADOS A LOS DOS MESES DE NACIMIENTO EN EL MARCO DE LA IMPLANTACIÓN DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS	285
PROPUESTA DE VALIDACIÓN DE LA ETIQUETA DIAGNÓSTICA "RIESGO DE FRACASO ESCOLAR" Y SUS FACTORES DE RIESGO.....	290
EXPERIENCIA APLICANDO EVIDENCIA CIENTÍFICA A LA TAXONOMÍA ENFERMERA PARA PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS.....	298
CONSTRUCCIÓN DEL NOC CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO: ACTIVIDAD Y EJERCICIO PRESCRITO	307
¿SON SEXISTAS LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS?	314
ADQUISICIÓN Y APLICACIÓN DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL GRADO EN ENFERMERÍA DE GUADALAJARA	323
ESTRUCTURANDO LA DOCENCIA EN BASE AL LENGUAJE ENFERMERO	328
REVISIÓN DEL LENGUAJE ENFERMERO PARA LOS CUIDADOS EN CIRUGÍA AMBULATORIA.....	332
LENGUAJE ENFERMERO EN EL ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN MADRES CON RECIÉN NACIDOS DE BAJO PESO	339
DIFICULTADES PERCIBIDAS POR EL ALUMNADO DE GRADO DE ENFERMERÍA EN EL APRENDIZAJE DE TAXONOMÍAS ENFERMERAS	350
INFORMATIZACIÓN DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS: MAYOR ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS CONCEPTUALES Y MEJOR GESTIÓN DEL TIEMPO	358

DESCRIPCIÓN E INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO INSOMNIO EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE	363
VALIDEZ DE CONTENIDO Y REPRESENTATIVIDAD DE UNA HERRAMIENTA BASADA EN LA NOC: CONOCIDIET-DIABETES.....	369
DEPENDENCIA EN PACIENTES CON ALZHEIMER: COMPARACIÓN DE ESCALA BARTHEL Y ESCALA BASADA EN TAXONOMÍA NOC	378
PROCESO ENFERMERO DE DUELO PERINATAL SEGÚN JANE WATSON	387
CONSTRUCCIÓN DEL NOC CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO: ACTIVIDAD Y EJERCICIO PRESCRITO	391
PRECEDENTES DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN LOS HOSPITALES ESPAÑOLES DEL SIGLO XVII	398
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MÁS PREVALENTES EN INICIARE	407
GUÍA BASADA EN LA EVIDENCIA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA AL CUIDADOR FAMILIAR DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN ATENCIÓN DOMICILIARIA	412
SOLUCIÓN CREATIVA PARA EL APRENDIZAJE DE RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA: SOFTWARE EDUCATIVO	414
VALIDACIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO TEMOR AL PROCESO DE MORIR MEDIANTE METODOLOGÍA DELPHI	416
TRIVIAL NANDA COMO RECURSO DIDÁCTICO EN LA ENSEÑANZA DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS PSICOSOCIALES.....	418
“SÍNDROME DE FRAGILIDAD” EN MAYORES: NUEVA ETIQUETA DIAGNÓSTICA	420
“RIESGO DE SÍNDROME DE FRAGILIDAD” EN MAYORES: NUEVA ETIQUETA DIAGNÓSTICA	422
MODEL TO ESTIMATE THE DIFFICULTY LEVEL OF CLINICAL CASES	424
ENFERMERÍA Y SEGURIDAD.....	426
PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS AL DIAGNÓSTICO “TRASTORNO DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO” EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS	428
CORRELACIÓN NIVELES DE DEPENDENCIA ENTRE LAS ESCALAS INICIARE Y BARTHEL	430
TIC EN LA FORMACIÓN: LA PREPARACIÓN DE CASOS CLÍNICOS EN SISTEMAS ELECTRÓNICOS, UN RETO.....	432
PLATAFORMA DE APRENDIZAJE VIRTUAL DE CUIDADOS ENFERMEROS. DISEÑO DE LA FASE DE VALORACIÓN	434
DEPLOYMENT NANDA, NIC, NOC IN TEACHING LEARNING PROCESS OF A NURSING BACHELOR’S COURSE IN BRAZIL	436
SEGUIMIENTO TELEFÓNICO DEL PACIENTE CRÓNICO MONITORIZANDO DIAGNOSTICOS NANDA	438
RELACIÓN ENTRE LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS Y LAS CAIDAS.....	440
PROYECTO DE INCORPORACIÓN DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA ÚNICA DEL PACIENTE	442
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA RIESGO DE CAÍDAS: PERFIL DE PACIENTES Y CUIDADOS.....	445
OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE LAS TAXONOMÍAS NANDA-I, NIC Y, NOC: PERCEPCION DEL ALUMNADO.....	447

VALIDACIÓN DEL CONTENIDO DIAGNOSTICO DE LA ETIQUETA "ESTRÉS POR DESEMPLEO"	449
APLICACIÓN DE UN MODELO ASISTENCIAL ENFERMERO EN UN SISTEMA DE EMERGENCIAS PREHOSPITALARIO	451
PROGRAMA DE REHABILITACIÓN COGNITIVA REHACOP Y TAXONOMÍAS ENFERMERAS	454
ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS USADAS TRAS VALORACIONES FAMILIARES EN EL PERIODO 2008-2013	456
ESTANDARIZACIÓN VERSUS PERSONALIZACIÓN	458
IMPLANTACION DE TAXONOMIA ENFERMERA EN UN HOSPITAL SIN HISTORIA CLINICA DIGITAL	461
VALORACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA DE SEVILLA	463
PERCEPCIONES ENFERMERAS SOBRE METODOLOGÍA ENFERMERA	465
CORRELACIÓN DE NIVELES DE DEPENDENCIA ENTRE LAS ESCALAS INICIARE Y BARTHEL	467
EFFECTO DEL PROCESO ENFERMERO EN CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON MARCAPASO DEFINITIVO	471
PRINCIPALES INTERVENCIONES (NIC) EN ATENCIÓN DOMICILIARIA DE ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS EN ANDALUCIA	473
GESTIÓN DE TAXONOMÍAS EN LA APLICACIÓN DIRAYA POR ENFERMERAS PEDIÁTRICAS	475
O PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM NO QUOTIDIANO E SAÚDE - PROCEQUIS, ...	477
NECESIDADES DE CUIDADOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS SENSIBLES A LA PRÁCTICA ENFERMERA: ESCALA INICIARE 2.0.....	480
DETECCIÓN DE NECESIDADES SOCIALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO	482
LA CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA COMO HERRAMIENTA DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA DE CUIDADOS	484
LA UTILIZACIÓN DE LA TAXONOMÍA ENFERMERA EN ESPAÑA: “DEL DICHO AL HECHO...”	486
ANÁLISIS DE ÁREAS DE VALORACIÓN E INTERVENCIÓN ENFERMERAS EN ATENCIÓN DOMICILIARIA EN BASE A LOS DOMINIOS Y CLASES DE LA NOC.....	488
CONSEJO DIETÉTICO INTENSIVO EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA LORA DEL RÍO	490
OSANAIA: EL NUEVO RETO DE LA GESTIÓN DE CUIDADOS EN OSAKIDETZA.....	492
ESTUDIO DE CASO DE DUELO PERINATAL EN GESTANTE PRIMÍPARA.....	495
Pósters.....	499
PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA MUJERES CON FIBROMIALGIA ADOPTANDO EL MODELO DE M. MISHEL.....	500
INTRODUCCIÓN Y DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA ENFERMERA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE NAVARRA DESDE LA REFORMA SANITARIA HASTA LA ACTUALIDAD (1986-2013)	506

UNDERSTANDING THE NURSING PROCESS BY NURSES AT A UNIVERSITY HOSPITAL - SÃO PAULO, BRAZIL	512
ANÁLISIS DE LOS DIAGNOSTICOS ENFERMEROS DEL DOMINIO I: PROMOCIÓN DE LA SALUD	519
FORTALECIMIENTO DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL A TRAVÉS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: LA EXPERIENCIA DE LAS Y LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA “RAÚL BLANCO CERVANTES”	523
PRECISIÓN DIAGNÓSTICA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA.....	530
IMPLANTACIÓN DE LA ESTANDARIZACIÓN DE CUIDADOS EN UN SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD	535
EL CUIDADOR FAMILIAR COMO USUARIO: UN PLAN DE CUIDADOS ADECUADO A SUS NECESIDADES.....	541
EL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA: CASO CLÍNICO	549
APLICACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE E.R.C.A.....	554
UTILIDAD DE INDICADORES EN NIVEL DEL DOLOR Y SEVERIDAD DE LA INFECCIÓN EN PACIENTE CISTECTOMIZADO	562
PROCESO ENFERMERO ANTE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO: CASO CLÍNICO	568
VALORACIÓN DE FACTORES RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO ESTILO DE VIDA SEDENTARIO PARA LA SELECCIÓN DE NOC’S	573
DIAGNÓSTICO ENFERMERO “SUFRIMIENTO MORAL” EN LA GESTACIÓN.....	577
¿QUÉ DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA IDENTIFICAN LOS ESTUDIANTES DURANTE SUS PRÁCTICAS ASISTENCIALES?	581
DÉFICIT EN LA LACTANCIA MATERNA.....	587
APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO EN USUARIO CON PIE DIABÉTICO	592
CASO CLÍNICO. CLIMATERIO, UNA NUEVA ETAPA PARA LA MUJER	599
EL AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO EN LA LESIÓN MEDULAR.....	602
IMPLANTACIÓN DE LA TAXONOMÍA NANDA-NIC-NOC EN CONTINGENCIAS COMUNES	605
¿SIN PRÓSTATA... Y SIN SEXUALIDAD?	608
DIRAYA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA (DAE), HERRAMIENTA FACILITADORA DEL MANEJO ADECUADO DE LA NOC.....	614
NECESIDAD DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO ENFERMERO: MAL USO DE LAS REDES SOCIALES.....	620
EVALUACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN LA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL.....	625
TAXONOMÍA ENFERMERA–NUEVOS FORMATOS: INFORMÁTICO Y DIGITAL.....	629
PLAN DE CUIDADOS INFORMATIZADO PARA PACIENTES PUÉRPERAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)	634
IMPACTO DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN PROFESIONAL EN EL USO DE METODOLOGÍA ENFERMERA.....	638
ANÁLISIS DE LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS UTILIZANDO MODELO PATRONES FUNCIONALES DE GORDON	643

EL PROCESO ENFERMO, A TRAVÉS DE LAS TAXONOMÍAS, COMO HERRAMIENTA BÁSICA EN EL CUIDADO.....	646
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MÁS PREVALENTES EN PACIENTES AMPUTADOS DIABÉTICOS.....	653
NECESIDADES PSICOSOCIALES DE LAS PERSONAS MAYORES EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	657
INFORMES DE CUIDADOS EN UNA HOSPITALIZACIÓN DE DÍA MEDICO-QUIRÚRGICA: USO DE FORMATOS PRECUMPLIMENTADOS.....	665
LAS NOC COMO HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA	668
RECEPTORA DE RIÑÓN DE DONANTE VIVO: PLAN DE CUIDADOS	674
DONANTE VIVO DE RIÑÓN: PLAN DE CUIDADOS	678
PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES EN SITUACIÓN TERMINAL.....	682
ABORDAJE DE LA ANSIEDAD ASOCIADA A LA IMPLANTACIÓN DE UNA BOMBA DE FLUJO FIJO	687
REVISIÓN DE LA PREVALENCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR.	692
PROCESO ENFERMERO SOBRE UN CASO CLÍNICO DE SÍNDROME DE WEST.....	696
ADOLESCENCIA Y CÁNCER. CUIDADOS EMOCIONALES.....	701
OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE EL ABORDAJE INDEPENDIENTE DE LOS FACTORES RELACIONADOS NANDA.....	705
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE CON MIEMBRO AMPUTADO EN DOMICILIO.....	710
IMPORTANCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN EL CUIDADO DE LAS PERSONAS CON UPP	716
CASO CLÍNICO: REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA.....	724
INCUMPLIMIENTO DE LA DIETA PRESCRITA DE LA CUIDADORA PRINCIPAL DURANTE EL PERÍODO DE HOSPITALIZACIÓN	730
INTERVENCIONES NIC DEL DOMINIO CONDUCTUAL: UN ESTUDIO DE FOCUS GROUP DE INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS DE ENFERMERÍA.....	735
ESTUDIO COMPARATIVO DE IMPLEMENTACIÓN DE REGISTROS DE CUIDADOS DESDE EL SOPORTE PAPEL AL SOPORTE INFORMÁTICO.....	739
USO DE TAXONOMÍAS ENFERMERAS EN PEDIATRÍA	744
¿QUÉ NIVEL DE COMPETENCIA DIAGNÓSTICA ALCANZAN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN SU SEGUNDO AÑO?	749
PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE REGISTROS DE ENFERMERÍA	755
PLAN DE CUIDADOS EN EL ABORDAJE DE LA MATERNIDAD TRAS UNA MUERTE PERINATAL PREVIA	761
INTERVENCIONES NICS EN LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA DE LAS ENFERMERAS RESIDENTES EN SALUD MENTAL.	766
ESTADO DE SALUD, CONOCIMIENTO Y RENDIMIENTO DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES QUIRÚRGICOS SEGÚN INDICADORES NOC	771
ESPIRITUALIDAD ANTE BIBLIOTERAPIA PARA CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE .	773

NURSING PROCESS: THE CHALLENGE OF INCORPORATION IN PRIMARY HEALTHCARE	775
VALIDACIÓN DE UN DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA MEDIANTE ANÁLISIS RASCH.....	777
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y GRADOS DE DEPENDENCIA DE ANCIANOS.....	779
ESTANDARIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN PACIENTES TRATADOS CON SOPORTE CIRCULATORIO EXTRACORPOREO	781
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL	783
NECESIDADES SURGIDAS Y RESPUESTAS DADAS EN METODOLOGÍA ENFERMERA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA HERRAMIENTA INFORMÁTICA.....	785
SÍNDROME DE INDEFENSIÓN APRENDIDA EN EL CONTEXTO DE MALOS TRATOS. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	790
UTILIDAD DEL LENGUAJE ENFERMERO EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN CASO PRÁCTICO	796
ANÁLISIS CLÍNICOS EDITADOS CON METODOLOGÍA ENFERMERA: APRENDER DE LA EVIDENCIA	798
SELECCIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA NOC PARA LA EVALUACIÓN DE PACIENTES BAJO CUIDADOS PALIATIVOS.....	800
PROJETO DE CRIAÇÃO DE UM SISTEMA ELECTRONICO PARA IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	802
TEORÍA Y PRÁCTICA: LENGUAJE ENFERMERO APLICADO A LA INFORMÁTICA.....	807
INTERVENCIONES NIC ASOCIADAS A DIAGNÓSTICOS NANDA-I PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO.....	809
LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS FORMULADOS POR NUESTRO ALUMNADO: PREVALENCIA Y ERRORES MÁS FRECUENTES.....	811
UNA RECUPERACIÓN POSTQUIRÚRGICA COMPLICADA Y DEMORADA.....	813
PROCESO ENFERMERO: POSTOPERATORIO INMEDIATO TRAS SUSTITUCIÓN VÁLVULA MITRAL.....	815
DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS E INTERVENCIONES ORIENTADAS A PRESERVAR LA SEGURIDAD DE PACIENTES LESIONADOS MEDULARES.....	817
NOC DE ENTRADA AL DIAGNÓSTICO. NUEVA HERRAMIENTA EN TICARES® PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS	819
VIOLENCIA DE GÉNERO: ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DEL AISLAMIENTO SOCIAL DE LA MUJER.....	821
LAS INTERVENCIONES NIC SOBRE COMUNICACIÓN INTERPROFESIONAL PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD EN LA TRANSFERENCIA/TRASLADO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS.	823
DISEÑO DE UN FORMATO DE VALORACIÓN APOYADO EN LA TAXONOMÍA NANDA	825
EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN INFORMÁTICA NANDA-NOC-NIC EN LA ENSEÑANZA-APRENDIZAJE DE LA ELABORACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS EN ESTUDIANTES: PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.	827
APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO A UN PACIENTE CON ATAXIA DE FRIEDREICH	829
PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICO ENFERMERO VERSUS CIM 10	831

PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE VULNERABLE	833
ESTUDIO DE CASO DEL DUELO PERINATAL EN GESTANTE PRIMÍPARA.....	834
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN LOS ESTUDIANTES DE LA ENSEÑANZA SUPERIOR DE MADEIRA	836
Entidades Colaboradoras	842

Presentación

Estimadas compañeras y compañeros:

Presentamos el "Libro de Ponencias y Comunicaciones del X Simposium Internacional de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos Enfermeros. *Lenguaje enfermero: identidad, utilidad y calidad*". Se ha celebrado en Sevilla, los días 3 y 4 de abril de 2014.

Utilizar un lenguaje común, tiene como objetivo identificar los fenómenos clínicos de interés en la disciplina a nivel local, nacional e internacional, para una comunicación efectiva con los pacientes, cuidadores y profesionales de la salud. El lenguaje estandarizado contribuye a mejorar la calidad, y eficacia de los cuidados basados en la evidencia y seguridad del paciente, permitiendo la autonomía y el control de la práctica profesional en aquellos espacios que así lo requieren.

Parafraseando la canción de Lluís Llach, podríamos decir, *"¿No veis la estaca donde estamos todos atados? ¡Si no podemos deshacernos de ella, nunca podremos caminar!"* Esa "estaca" es la acomodación, la rutina y el abandono en modelos pasados en los que ocasiones nos sitúan o nos posicionamos. Y, *(si estirem tots, ella caurà i molt de temps no pot durar, segur que tomba), "si tiramos todos, ella caerá..., seguro que cae"*.

Cada ponencia y comunicación presentada en este simposium supone un "pequeño gran paso" en un camino que debemos recorrer los profesionales enfermeros, en el reencuentro de nuestra propia identidad, y que nos libere del inmovilismo, de esa "estaca", en la que a veces vemos amarrada la profesión.

Por ello nuestro agradecimiento a tanto esfuerzo, a tanto conocimiento, a tantas horas de dedicación y esfuerzo individual como se evidencia en los trabajos presentados. Conscientes del sacrificio que le cuesta a las enfermeras y enfermeros recorrer el camino de la investigación propia. Y aunque el acicate, frecuentemente sea el provecho personal, estamos convencidos de que el estudio y la generalización de las taxonomías es un inmenso beneficio con trascendencia para la generalidad de los profesionales enfermeros. Por lo que, debemos difundir en todos los ámbitos de la sociedad, y del colectivo enfermero, los esfuerzos que todos estáis realizando.

El conocimiento y la investigación, esencialmente el lenguaje propio y unificado, no es únicamente el marchamo de la calidad, sino la senda de la libertad para un ejercicio autónomo e independiente de la profesión en aquellos espacios que así lo requieren.

Es el lenguaje el elemento de unión que nos debe animar a transitar por su espacio de libertad y derribar "la estaca" del viejo modelo. *"Si yo la estiro fuerte por aquí, y tú la estiras fuerte por allá, seguro que cae"*.

Gracias a todos y todas, por superar los cansancios, por tirar de la cuerda, por vuestra participación en este simposium.

Ana María Porcel Gálvez
Presidenta del Comité Organizador

Aurora Quero Rufián
Presidenta de AENTDE

Comités

Organizador:

Presidenta:

Ana María Porcel Gálvez

Secretario:

Juan Manuel Fernández Sarmiento

Vocales:

Sergio Barrientos Trigo

Mercedes Bueno Ferrán

Inmaculada Cruz Domínguez

Máximo de la Fuente Ginés

M^a Ángeles García-Carpintero Muñoz

Eugenia Gil García

M^a del Carmen Giménez Muñoz

José Rafael González López

Paula Goya Gómez

M^a Dolores Guerra Martín

Luis López Rodríguez

Marta Lima Serrano

Juana Macías Seda

M^a Dolores Mateos García

Carmen Peinado Barraso

Aurora Quero Rufián

Pilar Sánchez Fornelino

José Antonio Suffo Aboza

Científico:

Presidenta:

Susana Martín Iglesias

Secretario:

José Luis Aréjula Torres

Vocales:

Roser Álvarez Miró

Roser Cadena i Caballero

Manuel Ángel Calvo Calvo

Rosario Fernández Flórez

María José González Moreno

Joaquín Salvador Lima Rodríguez

M^a Teresa Lluch Canut

Olga Paloma Castro

María Josefa Parrilla Saldaña

Rosa Rifá i Ros

José Manuel Romero Sánchez

Mercedes Ugalde Apalategui

Soledad Vázquez Santiago

Ponencias

LENGUAJE ENFERMERO: IDENTIDAD, UTILIDAD Y CALIDAD

AUTORA

Aurora Quero Rufián. Presidenta de AENTDE

INTRODUCCIÓN

Celebramos el X Simposium Internacional de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería con el lema, Lenguaje enfermero: identidad, utilidad y calidad.

Son estas tres palabras las que definen las cualidades que debe tener el lenguaje común, la herramienta con la que las enfermeras trabajan para identificar los fenómenos clínicos de interés en la disciplina tanto a nivel local, como nacional e internacional, y que permiten una comunicación efectiva con los pacientes, cuidadoras y profesionales de la salud.

A lo largo de mi exposición voy a desarrollar, a modo de reflexión, algunas sugerencias y matizaciones sobre estas cualidades que atribuimos al lenguaje enfermero.

Tres son los puntos que pretendo abordar:

- El lenguaje como identidad
- La utilidad del lenguaje
- La calidad a través del lenguaje

EL LENGUAJE COMO IDENTIDAD

Ya en la antigua Grecia, desde Parménides, la afirmación de la identidad se fue constituyendo como uno de los rasgos del verdadero ser; allí surgió el conocido principio filosófico de que “el ser es, y el no ser no es”. La identidad sencillamente es el ser. Por ello, cuando navegamos en busca de la identidad en enfermería, la cuestión se reduce, o amplía, a dilucidar qué es y qué no es enfermería. O, dicho de otra forma, si lo que hacemos corresponde con lo que es o debe ser la enfermería del siglo XXI.

Ya, desde la Junta de AENTDE, cuando planteamos el lema de este simposium y escogíamos el término “identidad”, entendíamos que los lenguajes enfermeros son e identifican la práctica enfermera, o al menos deben mostrar el ser, e identificar el ejercicio profesional. Existen, como todos conocemos, diversos sentidos de “identidad”, y yo deseo argumentar básicamente sobre dos.

El primero de ellos sería la identidad entendida como referencia al “origen”. En este sentido, “el ser” tiene un carácter antropológico: el origen, la “fuente” del ser enfermero, creo que no nos cabe ninguna duda, se identifica con el cuidado. Esta afirmación y esta realidad sí poseen un

fuerte carácter "identitario": el cuidado es enfermería, y, por ende, lo que no es cuidado, no es enfermería. De tal modo que los cuidados y el cuidar, se constituyen en el origen de los cuidados: la identidad se refiere a la esencia del ser enfermero. La identidad, la entenderíamos así, como un principio inmutable, inamovible e irrenunciable.

Pero en sí mismos, enfermería y cuidado son términos vacíos de contenidos. Llenar de contenidos estas palabras vacías nos conduce al conocimiento de nuestra identidad.

El cuidar y la noción de cuidado ocupan el eje central de los discursos enfermeros en la actualidad, ya que constituye la esencia de la enfermería. Discursos que se expresan a través de lenguajes determinados. Pese a su dificultad, la exploración de este concepto es una necesidad básica para el desarrollo de una teoría enfermera, así como la concreción de un lenguaje enfermero donde el significado de cuidado sea algo común para los profesionales (Rodgers, 2000).

Es muy difícil establecer una definición universal de cuidado, dado que este puede ser todo aquello que las enfermeras creen que es cuidar. Es un fenómeno que se construye desde la teoría y en la práctica, dotándolo de significados diferentes, para unos y otros, en muchas ocasiones.

Ya Watson (1988) señalaba como eje central de la práctica el conjunto de las actitudes que mantiene el profesional frente a la persona, más allá del sinfín de tareas técnicas que marcan la práctica habitual de la enfermera.

El cuidar exige tiempo y espacio, dedicación y técnica, ciencia y sabiduría, conocimiento teórico y praxis y, todo ello, requiere un marco institucional idóneo, un marco donde sea posible cuidar a un ser humano, es decir, donde las condiciones estructurales sean favorables para el ejercicio de dicho cuidado.

Estas exigencias condicionan y generan diversos modos de cuidar y de entender el cuidado y lo dotan de un carácter diverso y dinámico. Por ello el ser para otros pensadores griegos (Heráclito), también estaba sujeto a la posibilidad de variación y modificación, a medida que se llena y se nutre de saber.

De este modo nuestra identidad primigenia se convierte en identidad dinámica a través del conocimiento. Es la segunda acepción de identidad.

Esta acepción, más moderna y hegeliana, consiste en entender la identidad como un "proceso", con un valor dinámico, "relacionado con el conocimiento" y nuestro desarrollo científico, en tanto en cuanto vamos nutriendo, informando, desarrollando y concretando "lo que es cuidado". Es decir, a través de la creación de nuestro conocimiento científico "fluye el ser enfermero" y vamos dotando de identidad a la Enfermería y los cuidados, los mostramos y los

hacemos presentes. Y en este sentido, el camino y el vehículo para informar, desarrollar, concretar o mostrar nuestra identidad, no cabe duda que es el lenguaje enfermero. A través de él, y de su uso, nos identificamos con nosotros mismos y recobramos nuestra identidad.

Por tanto, la identidad, en este sentido, es un proceso a través del cual alcanzamos nuestra propia particularidad, tomamos conciencia de nosotros mismos, de nuestro yo como enfermeras o enfermeros, y que adquiere, de esta forma, una dimensión que puede ser tanto individual como colectiva. Es un proceso intelectual mediante el que reconocemos y asumimos unos valores comunes que nos identifican y nos crean sentido de pertenencia a una colectividad. Nuestra identidad como profesionales se definirá dependiendo del modo en cómo nos relacionemos con la profesión... La identidad, antropológicamente, como también señalan algunos autores, no es más que un modo de relación. Esa relación es la que determina el rol del sujeto en el ejercicio y desarrollo profesional. Y la relación y la identidad se representan a través del lenguaje.

Goffman (1987), nos hablaba de que existen profesiones que facilitan la identificación con el rol. Concretamente profesiones prestigiosas, en las que rol e identidad se presentan estrechamente ligadas. Si las taxonomías son necesarias para la profesión y están contribuyendo a la consolidación de una epistemología enfermera, deben ser también necesarias para las enfermeras. Otra cosa es la comodidad, la no acción, el "tipo de rol" y de relación que cada sujeto-individuo determinado establece o ha establecido con el objeto-profesión.

Para las enfermeras, el lenguaje debe ser una forma de representar la experiencia que viven las personas a las que cuidan. Es un poderoso vehículo que requiere un pensamiento crítico, analítico, creativo y exacto para comunicar a los otros los fenómenos de interés para la disciplina de manera adecuada.

Llegar a la identidad a través del conocimiento conlleva la normalización de los lenguajes, a través de los cuales las enfermeras articulan claramente una perspectiva disciplinar de los cuidados, y ellos son la herramienta que permite avanzar en este sentido...

Hasta aquí, sobre la identidad y "el ser".

Otra cuestión, quizás no tan diferente es el "no ser", lo que no es identitario, y como lo que "no es, no es", dejo a la iniciativa de cada uno de nosotros la reflexión sobre qué cosas "no son" enfermería o "no son" enfermeras; aspectos que no forman parte de nuestra identidad y que, en ocasiones, son o se convierten en tareas y actividades habituales que los profesionales enfermeros realizan en instituciones hospitalarias, centros de salud, etc. Y algún día tendremos las enfermeras y enfermeros que despojarnos del "no ser"... Desde el convencimiento y el

principio de que, todo aquello que no pueda ser reducido o expresado en términos de lenguaje enfermero,” no es enfermería”.

Un tema distinto es el problema de la identificación personal o profesional:

¿Se sienten las enfermeras identificadas con los lenguajes? Yo pienso, que la respuesta a esta pregunta y la solución de este problema está relacionada con la concepción que acabo de explicar de la identidad como conocimiento. Es la falta de conocimiento la que genera el problema de la identificación. El conocimiento como “reconstrucción de la identidad enfermera”, impulsaría la solución y la respuesta a muchas cuestiones planteadas y a la clarificación y concreción de los lenguajes: la coherencia entre las etiquetas diagnósticas y las definiciones, el perfeccionamiento de las características definitorias y los factores relacionados, y tantos otros temas que todos tenemos presentes y que debemos desarrollar.

El conocimiento que los ponentes, andaluces, españoles y foráneos, nos expondrán durante los dos días de trabajo, marcará los itinerarios que debemos seguir y reforzará nuestra identidad.

Y por supuesto, identidad es creerse lo que uno es. Sentirse competente y capaz, tanto en el campo de la práctica clínica, como en el conocimiento teórico. A mayor competencia mayor identidad.

LA UTILIDAD DEL LENGUAJE

El término utilidad, nos aparece, casi siempre, unido al concepto de valor; consideramos útil aquello que es valioso. Sin hacer un análisis fenomenológico del valor, todos coincidiremos en que existe una cierta subjetividad, con respecto a lo que consideramos “valioso”, máxime si además lo relacionamos con las taxonomías y lenguajes enfermeros. De tal modo que aunque consideremos que el desarrollo de los lenguajes enfermeros es un “bien” objetivo, como valor y utilidad su apreciación es, por ahora, eminentemente subjetiva.

Desde una posición más simple, la utilidad y el valor se han visto desde una doble perspectiva: bien como valor de uso o bien como valor de cambio. Más allá de un planteamiento economicista, deseo argumentar sobre “valor de uso-valor de cambio” y lenguajes enfermeros. El valor de uso, yo lo relacionaría con la práctica enfermera, mientras que el valor de cambio, iría asociado a la elaboración de la teoría enfermera y su difusión en el colectivo profesional.

Todos los que de alguna manera estamos implicados en el desarrollo de las taxonomías y la investigación enfermera deseáramos constatar su alto valor, tanto de uso como de cambio, en nuestro contexto profesional. Y esto no siempre es así. Siendo la valoración de carácter básicamente subjetivo, como ya he señalado, es lógico pensar que su “valor” dependerá de la suma de las subjetividades del colectivo enfermero.

Y yo, me mostraría satisfecha, si viese que mayoritariamente las enfermeras planifican su actividad diaria en base a referencias taxonómicas, que las alusiones y referencias a las personas que atienden se realizan en nuestro lenguaje profesional; pero no es así, y ese debe ser nuestro compromiso y reto individual como profesionales y como asociación AENTDE: potenciar el valor de "uso". Porque de ahí, del uso, deberá surgir el "valor de cambio" de los lenguajes enfermeros, convertidos en "mercancía" intelectual, a través del cual se debe desarrollar el elenco de TODA la Teoría e investigación enfermera. Porque ciertamente, más allá de encuentros específicos, como este, la "moneda" de intercambio cultural y de conocimiento en la mayoría de las investigaciones que desarrollan las enfermeras no es, desgraciadamente, su lenguaje propio sino que, en sus referencias, siguen utilizando un modo de expresión sensiblemente medicalizado (es evidente que para determinadas "especializaciones" enfermeras, el lenguaje y las taxonomías nunca han tenido valor de uso ni valor de cambio). Y es en este aspecto donde el lenguaje adquiere un fuerte valor de cambio, entendido como instrumento de transformación y renovación de la realidad enfermera, mejorándola y optimizándola.

El valor de uso y de cambio del lenguaje, espejo de la identidad enfermera, condicionan el modo de ser y pensar, en definitiva el "modo de producción" de los profesionales enfermeros.

Y en este sentido, la unicidad lingüística e interpretativa de las taxonomías se convierte en una cuestión esencial: si la enfermera no documenta su pensamiento de manera que pueda ser interpretado fielmente por otras enfermeras y otros profesionales de la salud, este proceso de pensamiento es invisible, y por tanto inútil y no intercambiable. De ahí la exigencia de un lenguaje útil que contribuya a resaltar los cuidados profesionales.

El "lenguaje unificado" se ha convertido en el valor en cambio de los cuidados, es lo que los hace valiosos, en el intercambio y trasvase intelectual. Como ya se ha reflejado desde diferentes estamentos e instituciones la unificación de los lenguajes es prioritaria, por diversas razones: en primer lugar, porque en un mundo informatizado son imprescindibles para compartir los conocimientos; también para definir los problemas que las enfermeras identifican y tratan en todo el mundo, para identificar los resultados que se esperan conseguir de dichos problemas a través de las intervenciones enfermeras o para nombrar lo que las enfermeras hacen para resolver o mejorar los problemas de los pacientes y saber con qué intervenciones se resuelven y/o mejoran estos problemas. Y por supuesto su valor de uso, su utilidad, se vería incrementada mediante la integración, a través de los sistemas de información, en el uso clínico.

Y luego su valor de cambio: las revisiones, clarificaciones y validaciones de los diagnósticos, incorporan soporte teórico, y reflejan el esfuerzo que hacen las enfermeras para que sean útiles. Es preciso un lenguaje enfermero dinámico, si deseamos expresar la riqueza y cambio de

la práctica enfermera. Las revisiones siempre mejoran la especificidad y sensibilidad del lenguaje.

De esta forma, los nuevos Diagnósticos Enfermeros, NOC y NIC son un modo de producción enfermera, en las que el concepto de utilidad se une al dinamismo del proceso de conocimiento: son taxonomías jóvenes que están en continuo desarrollo y que fuerzan hacia la unidad interpretativa.

Afortunadamente se ha generalizado la idea de la implicación de todas las enfermeras en el desarrollo de los Lenguajes. Como ya se ha dicho, los lenguajes enfermeros no son patrimonio solo de quienes los crean, sino que tienen su razón de ser en su aplicación por todo el colectivo enfermero.

Es muy importante, por tanto, continuar con el proceso de validación de los diagnósticos, en el que queda aún mucho por hacer y desarrollar. Formular diagnósticos enfermeros requiere análisis, síntesis y exactitud al interpretar y dar sentido a los complejos datos clínicos. Este proceso de pensamiento crítico permite a la enfermera tomar decisiones sobre los resultados que desea obtener y las intervenciones necesarias para lograrlos. La taxonomía de NANDA-I, NOC y NIC, son lenguajes enfermeros reconocidos que cumplen los criterios establecidos por la ANA, lo que indica que estos sistemas de clasificación son aceptados como soporte para la práctica enfermera al proporcionar una terminología clínicamente útil. Es decir, son un valor. Un gran valor de cambio.

LA CALIDAD A TRAVÉS DEL LENGUAJE

El lenguaje es un instrumento en la búsqueda de la calidad y la eficiencia de los cuidados. Y ningún otro campo mejor que el de la salud y los cuidados para la búsqueda de la llamada "calidad total", y que desde la gestión sanitaria también debe utilizar, y utiliza, un lenguaje profesional e impulsa la implantación de las taxonomías. Y sea esto, mucho o poco, debemos mostrar nuestro reconocimiento a las personas que han estado y están en ello y lo utilizan en sus disposiciones o normativas. Resalto, un vez más, a este respecto, la importancia del Real Decreto 1093, de septiembre de 2010, por el que se aprobaba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, en el que se establecía que en el apartado de "Datos del proceso asistencial", han de recogerse las causas que generan la actuación enfermera y los diagnósticos enfermeros resueltos, los diagnósticos enfermeros activos presentes en el momento de la elaboración del informe- tanto reales como potenciales-, los resultados de enfermería seleccionados para identificar la evolución del paciente y las intervenciones de enfermería. La importancia de su aplicación no necesita más comentarios.

Otra cosa es el éxito de la gestión sanitaria de los cuidados, que viene condicionado por la implicación de todos los miembros en estrategias comunes y en la satisfacción de los usuarios

de los servicios de salud. Pero la implantación de una filosofía y cultura de los cuidados exige unos gestores y directores, capacitados, implicados con modelos enfermeros, conocedores de las estructuras taxonómicas y capaces de establecer y comprometerse con programas y diseños que integren modelos de calidad de los cuidados, en el que las enfermeras se conviertan en las protagonistas de los mismos. La informatización de los planes de cuidados ha convertido a nuestro país en pionero del desarrollo de una ideología de los cuidados, centrada en las lenguajes y las taxonomías; aunque, en ocasiones y en determinados sectores, se observa cómo el colectivo lo percibe como una imposición que viene de arriba, y en cuanto se presenta la ocasión, si hay que dejar de hacer algo, sea por sobrecarga o queja profesional, lo primero que se abandona son las valoraciones de los pacientes encamados, renunciando así a nuestra identidad.

No hay ninguna duda de que el lenguaje estandarizado contribuye a mejorar la calidad, eficiencia, eficacia del cuidado y seguridad del paciente, y favorece la autonomía y el control de la práctica profesional.

El uso de los Sistemas Estandarizados de Lenguajes (SELEs) en los datos clínicos optimiza la calidad de los cuidados basados en la evidencia y sirven de soporte para estructurar el curriculum en torno a competencias.

La Taxonomía NOC, por su parte, es un elemento clave en la evaluación del estado del paciente, del cuidador, de la familia o de la comunidad. Mejora la información para la evaluación de la efectividad y mide el resultado en cualquier momento, permitiendo seguir el progreso a lo largo de un proceso de asistencia y en diferentes entornos de cuidado.

El uso de la NIC facilita el desarrollo y el uso de los sistemas de información de enfermería, permite a los investigadores examinar la eficacia y el coste de los cuidados, y ayuda a los docentes a desarrollar programas que implementen en la práctica clínica.

La contribución de enfermeras y enfermeros españoles es muy importante en este campo, pudiendo destacarse, a modo de reseña, las aportaciones a nivel individual o colectivo, procedentes del Hospital Universitario Virgen del Rocío y de Atención Primaria, de Sevilla; del Hospital ASEPEYO de Sant Cugat de Vallès, así como del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, del Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura o del Complejo Hospitalario de Jaén.

Quisiera mencionar, por su especificidad, la inclusión en la sexta edición NIC de la intervención: "Identificación del paciente". Aunque esta es una actividad crítica para la mayoría de las intervenciones, la importancia de llevarla a cabo para la seguridad del paciente y en el uso de técnicas y dispositivos electrónicos, ha elevado esta actividad al estatus de intervención. Es buena prueba del excelente quehacer en pro de la calidad y de la excelencia de nuestro trabajo.

Por supuesto también, los nuevos diagnósticos propuestos desde la Facultad de Enfermería de Cuenca: "Síndrome de fragilidad en mayores" y "Riesgo de síndrome de fragilidad en mayores", que están pendientes de ser incluidos en la próxima edición de "NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification (2015-17).

La NIC ofrece un gran potencial para describir competencias de la práctica enfermera y por tanto para hacer más operativa su evaluación en diversos entornos clínicos. El Departamento de la Universidad de Málaga, desde el año 2010 y el de la Universidad de Granada desde 2012, están utilizando la NIC para evaluar las competencias adquiridas por el estudiante, lo que posibilitará la evaluación longitudinal y la comparación entre estudiantes de diferentes centros. Unos 1200 tutores clínicos han evaluado unas 112 intervenciones por cada estudiante de Grado, lo que está permitiendo evaluar la validez y fiabilidad del modelo de evaluación por competencias (Morales, 2013). Y hay estudios en curso para evaluarlas a través de los enfermeros internos residentes de Salud Mental (Mejías, 2014).

Por último me gustaría reflejar la gran comodidad que parece percibirse entre el colectivo enfermero cuando trabaja en el entorno NOC-NIC.

En definitiva, NANDA-NOC-NIC, nos señalan el camino de la calidad y de la excelencia de los cuidados.

CONCLUSIONES

Y ya a modo de conclusión, recalcar la necesidad de una mayor implicación de todos los sectores enfermeros en el desarrollo y articulación de los lenguajes enfermeros, ya sea desde la clínica, la docencia, la investigación o la gestión.

Se aprecian esfuerzos desde la docencia en el desarrollo curricular y se imparten materias que contemplan la adquisición de competencias por parte del alumnado en metodología enfermera. Una formación adecuada contribuye a una identificación adecuada del alumnado con su futura profesión.

Los trabajos y comunicaciones presentadas en este simposium muestran el alto grado de compromiso de los enfermeros y enfermeras con unos cuidados de calidad, eficaces y eficientes y articulados en torno a las taxonomías.

La inclusión de los lenguajes normalizados en los sistemas informáticos de las instituciones sanitarias, está adquiriendo un notable desarrollo y contribuye a su consolidación como instrumento de comunicación de nuestra práctica profesional.

Nosotros, AENTDE, estamos colaborando con otras instituciones internacionales en ese esfuerzo de clarificación y expansión. En 2011 la presidenta de AENTDE recibe la petición de NANDA-I para hacer la revisión de la traducción de la edición del libro de diagnósticos enfermeros, 2012-

2014, implicándose en ella los miembros de la Junta. Ante los muchos cambios de alguna parte de los diagnósticos antiguos, se decidió hacer también una revisión de la traducción de todo el libro. Esta tarea nos supuso un trabajo enorme, de muchas horas de dedicación y de mucha coordinación con Heather Herdman (NANDA-I). En este sentido ha sido fundamental la implicación de la vicepresidenta de AENTDE, experta en lenguajes, en la traducción de la citada revisión. Es aquí cuando el término concepto diagnóstico se comprueba que está mal traducido. Se discute y se cambia por núcleo diagnóstico, definido como el eje 1 de la taxonomía II, que describe la respuesta humana, o experiencia y que constituye el corazón del diagnóstico enfermero.

La estrecha colaboración con NANDA-I ha permitido que los diagnósticos de cada dominio se presenten en la edición española por el orden alfabético de los núcleos diagnósticos. Algunas otras observaciones que se hicieron se tendrán en cuenta para la próxima edición inglesa.

Además desde la Junta de AENTDE hemos coordinado la edición hispanoamericana de diagnósticos enfermeros de 2012-2014, junto a enfermeros de Ecuador, Bolivia, Argentina, Brasil, Perú, Colombia y México, para hacer una adaptación lingüística a su entorno, y que se ha publicado en 2013.

Por otra parte, Susana Martín, futura presidenta de AENTDE, es miembro del Comité de Desarrollo del Diagnóstico (DDC), lo cual nos permitirá participar directamente en el proceso de revisión y aceptación de los diagnósticos.

Pretendemos seguir en esta línea. Convencidos de que a través del desarrollo de los lenguajes, como nos recuerda el lema del Día Internacional de la Enfermera (2014), los *“recursos humanos de enfermería estarán bien formados y proporcionarán cuidados de salud de calidad”*. De este modo *“las enfermeras serán una fuerza para el cambio y un recurso vital para la salud”*.

Gracias.

BIBLIOGRAFÍA

Bulechek GM, Butcher K, Dochterman, JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). (6ª ed.). Barcelona: Elsevier; 2014.

CIE. Las enfermeras: una fuerza para el cambio. Un recurso vital para la salud. Día Internacional de la Enfermera; 2014. ISBN: 987-92-95099-23-4.

Jiménez Herrera María Francisca. Construcción de la ética asistencial del cuidar en urgencias y emergencias. Tesis doctoral 2009. ISBN:978-84-692-9054-5/DL:T-2066-2009.

Goffman E. Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Madrid: Martínez de Murguía; 1987.

Herdman, T.H. (Ed.). NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.

Herdman, T.H. (Ed.). NANDA International. Edición hispanoamericana. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.

Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson, E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. (5ª ed.). Barcelona: Elsevier; 2014.

Morales Asencio, José Miguel. La competencia clínica en estudiantes de Grado en Enfermería. Evidentia. 2013 jul-sep; 10(43). Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/n43/ev4300.php>> Consultado el 12 de marzo de 2014.

Rodgers, B. L. Philosophical foundation of concept development. En: B. L. Rodgers, BL y Knafl, KA (eds.), (pp.7-37). Concept development in nursing: Foundation, techniques and application. London: Saunders; 2000.

Watson J. Nursing: Human science and human care. New York; National League for Nursing; 1988.

NURSING IDENTITY AND STANDARDIZED LANGUAGES

AUTORA

Shigemi Kamitsuru, PhD, RN, FNI

NANDA International President-elect, Diagnosis Development Committee Chair

Nurse Consultant, Tokyo, Japan

With the rapid development of information technology, the implementation and adoption of electric health records are on the rise all over the world. It is important to use standardized nursing languages in electric health records if we want to accumulate, retrieve, and analyze data in a meaningful way. Nurses did not have a standardized language until 1973, when the first national conference on classification of nursing diagnosis was held in the United States. Since then several more standardized nursing languages have been developed. The American Nurses Association recognizes twelve terminologies that support nursing practice (ANA, 2012). For the discussion of nursing identity and standardized languages, I would like to focus on one terminology, NANDA International (NANDA-I) nursing diagnoses.

As the groundwork for the discussion, let's examine how nursing practice exists in health care from a wider perspective. A nursing practice model (Kamitsuru, 2008) represents three distinct but interrelated parts of the practice of nursing professionals: practice driven by medical diagnoses, practice driven by nursing diagnoses, and practice driven by organizational protocols. Each has a different knowledge base and different responsibilities. They are equally important for nurses to understand, but only one of them relates to the unique body of knowledge, that is nursing diagnoses. The model also shows why we do not need to rename medical diagnoses as nursing diagnoses, because these already exist in the medical domain, and they represent clinical judgments made by physicians. Furthermore, medical diagnoses do not always explain everything that nurses understand about patients, or explain everything that nurses do for our patients. So, we use nursing diagnoses to explain clinical judgments nurses make about our patients, and this part of clinical judgment is the underpinning of independent nursing interventions.

NANDA-I nursing diagnoses are essential communication tools among nurses, but they are not always used accurately. For instance, some nurses automatically "choose" a nursing diagnosis based on medical diagnoses or clinical states. Without proper nursing assessment, there would be no nursing diagnosis, and without nursing diagnosis no nursing intervention. If standardized nursing languages are not used properly, vast amount of data accumulated in electric health records become almost irrelevant. We have to STOP using nursing diagnoses as just "labels" for documentation. On the contrary, each nursing diagnosis should be seen as a specialized term with definition based on a relevant theory or a concept. Therefore, it is important to study

underlying theories and concepts to use nursing diagnoses properly. Nurses learn pathophysiology and medical diagnoses systematically in schools. However, as for nursing diagnoses, only labels, without adequate theoretical underpinnings, are generally introduced on the side of medical diagnoses. Nursing diagnoses are not just labels to remember, but they should be placed as the unique disciplinary knowledge.

Nursing as a profession has an obligation to develop theoretical base and necessary skills to fulfill its social mandate. Nursing theories not only guide practice and education, but also research and knowledge development. In the past century, nursing community has succeeded to develop and accumulate profound knowledge base for the discipline. Different levels of theoretical works have been delineated, and the works related to nursing diagnoses has been described as the most basic level, namely, the concept development. Concepts are not physical entity, nor a particular thing. Concepts exist only in the cognitive area of what we already know. We constantly form and reshape concepts in our brain through experiences with the world. It may be hard to believe, but we will not be able to think without concepts. Concepts help us to summarize whatever we experience in the world. The NANDA-I's model of a nursing diagnosis indicates that each nursing diagnosis has, as its basis, a diagnostic concept. It is probably the first element to be considered by researchers who are interested in developing a nursing diagnosis. Needless to say, diagnostic concepts are also critical to educators to teach, students to learn, and nurses to use nursing diagnoses.

Hanson (1958), a philosopher of science, raised the issue of theory-ladenness of the observation in terms of the empirical objectivity. That is, what we see and perceive is not what our senses really receive. Hanson pointed out the problem with preconceptions: whatever we see is always influenced by our existing knowledge. Hanson's claim also suggests that if we need to see certain things we have to acquire knowledge about them. Healthcare professionals from different disciplines work with the same patient. What nurses focus on is not always the same as other disciplines, and that is resulted in the unique perspectives. Knowledge of medical diagnoses guide physicians what and how to see patients. Therefore, it is plausible to think that knowledge of nursing diagnoses guide nurses what and how to see patients. Gordon (1990) explains the utility of the nursing diagnosis from the cognitive perspective. Each nursing diagnosis is "a concept used to interpret the meaning of observations; this leads to thinking about a diagnosis as a model for describing and explaining a set of clinical data" (p.7). Nursing diagnoses are concepts of importance to nurses, and represent the knowledge base of the discipline of nursing in providing patient care.

Unfortunately, some nurses are experiencing semantic challenges in the use of nursing diagnoses even in English speaking countries. Probably, the challenges in translated versions would be more serious. Nurses who use nursing diagnoses should understand that the NANDA-I terminology is not a finished product; rather, it requires continuous testing and refinement by

users. For nearly 40 years, NANDA-I nursing diagnoses have been developed based on North American culture and language. Therefore, they may not be always applicable in other culture and languages. It is time to review and test each nursing diagnosis from various languages, especially focusing on the concept clarity. Global effort will facilitate not only the development of a standardized terminology of nursing diagnoses, but also the construction of unique disciplinary knowledge which distinguishes nursing identity.

APLICACIÓN CLÍNICA DE LOS NOC

AUTORA

Elizabeth Swanson, PhD, RN

Associate Professor. College of Nursing, Iowa City, Iowa

Colleagues of AENTDE and Conference Participants:

I want to thank you for this opportunity to present some thoughts to enable us all to advance our respective efforts in the area of Nursing Outcomes Classification (NOC) work. Our NOC team appreciates the work our colleagues around the world have accomplished to date and I am very excited to participate and hear the presentations the Scientific Committee have chosen for this international conference reflecting use, quality and identity of the nursing languages. I hope that we can all work together to advance the work of the nursing languages within the healthcare environment for the betterment of our patients and their families.

I have chosen to offer some thoughts and ideas around the issue of the clinical application of nursing outcomes in situations where nurses may be collaborating with others. In addition, I will be sharing research studies by our doctoral students and the research team at Iowa has published over the last several years.

Thus, the question I will begin with is: In collaborative situations with our healthcare partners, do we use NOC outcomes or not? I will advance reasons why we should use NOCs in these situations, although it may be challenging. But in any case to assist in the patient experience, the benefits definitely outweigh the challenges.

The delivery of healthcare has undergone massive change over the last number of years. In some sections of the world, the healthcare system is recognized as a series of uncoordinated sectors that operate in their respective narrow spans of interest and expertise. In addition, minimal communication occurs among the healthcare professionals caring for patients in the various settings. In my view collaboration and working together as a team is critical to address the fragmentation of the system that is present within healthcare.

Why is collaboration so important? We are faced with the most diverse and complex health care needs of the patients. The patients we care for are older, sicker and stay in the hospital for a much shorter period of time. No one profession can control the priority needs and the essential interventions for our patients or ignore the input of the individuals receiving care.

Effective collaboration is necessary to meet the health needs of the community by improving communication among practitioners to enable everyone to address the complex clinical issues

from varying perspectives. This degree of collaboration among healthcare professionals is a key factor in the delivery of quality care.

What are the consequences to the lack of collaboration among the healthcare professionals? There may be harm to the patients, duplication of services, wasting of resources, lack of services being provided, decreased satisfaction in providing care, staff turnover, longer hospital stays, and decreased patient satisfaction. These are consequences that we cannot afford to experience especially at a time when we all are faced with challenges to make healthcare more effective and safer—thus collaboration becomes even MORE important. But I contend that as healthcare professionals we need to embrace the contribution that other group or groups can make. The patients and their informal caregivers need to be part of this collaborative group. Patients need to be engaged in this collaboration.

In the last decade, the field of patient safety has attempted to deal with the safety issues within the healthcare system by attending to the activities of healthcare clinicians. According to Hor, Godbold, Collier and Iedema (2013) identifying strategies and activities for healthcare professionals has not addressed the issue and those activities are inadequate to ensure patient safety within the healthcare environment. They contend in their article, "Finding the patient in patient safety", that it is no longer sufficient to discuss if patients are involved in their own safety. They are suggesting that systems acknowledge patients' involvement in their safety and that providers embrace the patient-provider collaboration to achieve safer care and higher quality care.

According to the Institute of Medicine report, Crossing the Quality Chasm (2004) patient-centered is providing care that is respectful of and responsive to individual patient preferences, needs, and values and ensuring that patient values guide all clinical decisions. Is that not why we got involved in nursing or healthcare to help other individuals and their families. With the addition of the patient into this collaboration to me--it only serves to demonstrate the importance of the use of outcomes when nurses enter into situations of collaboration.

Do we use nursing outcomes or do we not? Not only does one need to decide whether these outcomes are used but what is the process by which these outcomes are chosen for the patient for which care is provided. First, what are the reasons we should use outcomes in collaborative practice?

The outcomes are patient based and reflect patient phenomena

The outcomes have been shown to measure the impact of interventions

The outcomes are comprehensive and can be used with a number of specialties in a variety of settings

The outcomes are organized in a structure consistent with practice

The outcomes have the capacity to be used by other disciplines

The outcomes can be used to monitor progress during an episode of care

The outcomes can be used to monitor progress across a variety of settings

The outcomes have been incorporated into vendor software

Many of the outcomes developed to date are not specific to the nursing profession; thus, they could be used to evaluate the care provided by other health care disciplines since the focus is the PATIENT. For example, physical therapy may greatly influence a patient's overall outcome rating for Mobility and Activity Tolerance. In this situation these outcomes measure the collaborative results of nursing care and physical therapy and would be an example of how the NOC can increase opportunities for this type of collaboration. What one needs to acknowledge is that while the outcomes may be used in other disciplines, the indicators used to assess patient condition vary across the disciplines. For example, physical therapists may use indicators that measure progress with the use of equipment not routinely used by nursing .In this case, additional indicators may be added to the outcome by care providers to address these specific needs for measuring an outcome .Please inform the team of these applications!

Scherb, Lehmkuhl and Leasman (2003) examined the use of standardized nursing language by physical therapy, occupational therapy and speech pathology in acute care. It was done at St. Joseph's Immanuel-Mayo Health System in Minnesota, United States. This work was aided by the facility changing to a totally integrated patient record using standardized nursing languages. The issues faced by the team were: a new way of thinking, languages were developed by nursing, NIC and NOC did not fully capture the disciplines, and there was a lack of understanding of the languages. I am sure that these challenges are not a surprise to any of you. The team did address the issues to produce positive outcomes. Scherb and her colleagues implemented numerous steps to facilitate the use of the nursing languages in an interdisciplinary manner. The first step was to discuss with the team the goal of interdisciplinary documentation to enhance communication and coordination of care across the specialties involved. In addition, educational efforts were implemented to help the staff understand NIC and NOC. The languages were reviewed for their appropriateness and new content was developed to capture the services provided. The benefits of this collaboration were: more efficient documentation, increased team work, improved communication across the team, and the ability to think about care in a new way (Scherb et.al, 2003).

This example demonstrates that education is critical to the incorporation of the languages into practice. There also needs to be a “champion” that is committed to the project and can articulate the benefits of using the languages in a collaborative manner. This education should include the process for using NOC outcomes, benefits and the issues. In addition, the entire team needs to identify the outcomes for care, the relevant indicators and the target level. What about the novel idea of a nurse being “the Captain of this coordinated effort” to advance the care of the patient. Nurses become the profession within the healthcare system that interfaces with the patients. We are highly trusted and with patients 24/7! We can be their advocate as we plan their care and identify the most appropriate outcomes. It is truly an idea worth pursuing!

Prior to presenting some of the research work being done at Iowa, I would like to close this discussion by summarizing THE CONCLUSIONS of Scherb and her colleagues (2003) and I quote: “Communication and the networking of critical information between the patient care team and the patient/family has been enhanced by the use of the NANDA/NIC/NOC system, thanks to the effective yet efficient form of documentation” (p. 45).

The linkages between nursing diagnoses with nursing interventions and outcomes are in essence a “synthesis of synthesis” integrating nursing knowledge into a cohesive whole. As a number of the researchers have identified, these studies provide new knowledge regarding core care provided for patients with chronic diseases. Some of the research initiatives that I will briefly introduce have this focus as part of the primary aims.

An example of a clinical application of NNN was Dr. Mikyung Moon’s dissertation examining the relationship of nursing diagnoses, nursing outcomes, and nursing interventions for patient care in intensive care units.

The purpose of the study was to identify NANDA-I diagnoses, NOC outcomes, and NIC interventions used in nursing care plans for Intensive Care Unit (ICU) patient care and determine the factors which influenced the change of the NOC outcome scores. This study was a retrospective and descriptive study using clinical data extracted from the electronic patient records of a large acute care hospital in the Midwest. A total of 578 ICU patient records between March 25, 2010 and May 31, 2010 were used for the analysis. Eighty-one NANDA-I diagnoses, 79 NOC outcomes, and 90 NIC interventions were identified in the nursing care plans. Acute Pain - Pain Level - Pain Management was the most frequently used NNN linkage. This study demonstrated the usefulness of NANDA-I, NOC, and NIC used in nursing care plans of the EHR. The study shows that the use of these three terminologies encourages interoperability, and reuse of the data for quality improvement or effectiveness studies.

Dr. Hyejin Park’s dissertation identified the core nursing diagnoses, interventions, outcomes and linkages using standardized nursing terminologies for patients with heart failure (HF). For this

study, Dr. Park implemented a retrospective descriptive design over one year period of time (2014).The most frequently used NANDA-I, NIC, NOC, and NNN linkages were identified through the inpatient records of 272 patients discharged with HF in a Midwestern community. The findings indicate that the top 10 NANDA-I, NIC, and NOC accounted for more than 50% of the nursing diagnoses, interventions and outcomes.In addition, she found that the most frequently used top 10 NNN linkages were:

Top 10 NNN Linkages for Patients Hospitalized with Congestive Heart Failure

NANDA-I	NOC	NIC	N
Knowledge Deficit	Knowledge: Treatment Regimen	Teaching: Procedure/Treatment	94
Cardiac Output Alteration	Cardiac Pump Effectiveness	Cardiac Care	83
Injury, High Risk	Safety Behavior: Fall Prevention	Fall Prevention	76
Cardiac Output Alteration	Cardiac Pump Effectiveness	Fluid Monitoring	71
Injury, High Risk	Risk Control	Fall Prevention	58
Airway Clearance Ineffective	Respiratory Status: Ventilation	Respiratory Monitoring	57
Infection, Risk For	Immune Status	Infection Protection	57
Cardiac Output Alteration	Cardiac Pump Effectiveness	Fluid/Electrolyte Management	56
Injury, High Risk	Safety Behavior: Fall Prevention	Surveillance: Safety	54
Infection, Risk For	Immune Status	Fluid Monitoring	53

(Park, 2014, p.37).

Dr. Park (2013) also had data of 268 patients discharged with heart failure and analyzed the change scores for these patients on the 10 most frequently identified nursing outcomes. Every one of the top 10 outcomes demonstrated statistically significant improvement in outcome ratings from admission to discharge.

Mean Scores of the Top NOC Outcomes for Admission & Discharge Scores

NOC Outcomes	First Mean (SD)	Last Mean (SD)	Average Change	PValue	N
Knowledge: Treatment Regimen	2.648(0.5823)	3.175(0.818)	0.527	<.0001*	230
Safety Behavior: Fall Prevention	2.938(0.596)	3.325(0.811)	0.387	<.0001*	168
Risk Control	2.825(0.636)	3.219(0.893)	0.393	<.0001*	166
Tissue Integrity: Skin & Mucous Membranes	2.909(0.752)	3.322(0.858)	0.413	<.0001*	168
Cardiac Pump Effectiveness	2.698(0.5311)	3.172(0.701)	0.474	<.0001*	170
Fluid Balance	2.840(0.658)	3.329(0.783)	0.488	<.0001*	143
Respiratory Status: Ventilation	2.836(0.559)	3.346(0.747)	0.509	<.0001*	154
Immune Status	3.000(0.634)	3.413(0.696)	0.413	<.0001*	109
Energy Conservation	2.732(0.509)	3.126(0.630)	0.394	<.0001*	104
Pain Level	3.257(0.686)	3.909(0.625)	0.651	<.0001*	98

Note: SD = Standard Deviation. * p <.0001

(Park, 2013, p.237).

Another study by Scherb and colleagues (2007) examined outcomes related to dehydration in the pediatric population. The purpose of the study was 1) to determine whether there was a statistically significant difference in patient outcome ratings from admission to discharge and 2) to describe nursing interventions used to care for children with dehydration. In this pilot study all patient care records were reviewed from the pediatric admission records during the study period and 29 patients met the inclusion criteria. Using the standard pediatric dehydration care plan of the institution to examine the change scores from admission to discharge, the researchers found that seven of the eight outcomes had statistically significant results indicating there was improvement in the patient's status from admission to discharge. The outcomes were: Nutritional Status, Fluid Balance, Knowledge Status, Illness Care, Child Adaptation to Hospitalization, Electrolyte and Acid/Base Balance, Tissue Integrity: Skin and Mucous Membranes; and Pain Control Behavior. These outcomes are from the 3rd edition of NOC. (Moorhead, Johnson, & Maas, 2004). The following table presents the linkages generated from the care plans.

Nursing Diagnoses and Related Patient Outcomes and Interventions (N=29)

Nursing Diagnosis	Patient Outcome	Nursing Intervention(s)	Intervention [n(%)]

Knowledge deficit	Knowledge status: illness care	Discharge planning	29 (100)
		Teaching GI disorder	29(100)
Nutrition: ≤body req.	Nutritional status	Nutrition	28 (97)
		management	26 (90)
		GI surveillance	
Ineffective individual Coping	Child adapt. to hosp.	Calming technique	26 (90)
Risk for fluid vol. deficit	Electrolyte & acid/base balance	Fluid/elect management	25(86)
	Fluid balance	Fluid monitoring	17(59)
Impaired skin integrity	Tissue integrity: s & mm	Skin surveillance	19(66)
		Skin care: topical tx	13(45)

Nursing Diagnosis	Patient Outcome	Nursing Intervention(s)	Intervention [n(%)]

(Scherb, et.al., 2003, p. 380)

Another example of a clinical application of NOC relates to staffing issues. At the most recent conference, Crystal Heath (2014) presented on how she and her colleague, Debra Geppert have a visual display of the various staffing levels on each unit to make staffing adjustments for each shift. They are suggesting that with this visual display, nursing service can document staffing levels based on nursing outcomes. One example might be: Falls Occurrence. What was the staffing level at the time of the outcome (or the fall) and how does the staffing level compare to the times when there was no occurrence of a fall. It is an interesting application.

Another clinical example is the application of NOC in a care plan developed by colleagues at Mercy Hospital in Iowa City, Iowa. The nursing outcomes and interventions will vary as patients move from the acute phase to recovery and intensive rehabilitation. This is a nine page care

plan in the NOC and NIC Linkages to NANDA-I and Clinical Conditions (2012).It is a generic plan of care that does not include outcomes related to complications or impending death.

Example of a Care Path for a Clinical Condition:
Coordinated Care Path Ischemic Stroke

Date: _____ Plan of Care Discussed with Patient/Significant Other: _____

See Additional Care Plan

Nursing Diagnosis	OUTCOMES					T A R G E T	Evaluation		
	Note: If goals are not at established TARGET level by discharge indicate reason using all applicable: A = Died D = Patient Compliance Issues G = Learning Barrier B = Chronic Condition E = Transfer to Rehab/SNF/ECF H = Physical Limitation Transfer C = D/C with Home Services F = Left AMA I = Transfer to Other Acute Care Hospital PV = See Care Plan Progress Notes for Further Explanation						Admit Start	Dis	Reason
1. Risk for Impaired Skin Integrity Interventions: • Skin Surveillance • Pressure Management	Tissue Integrity: Skin and Mucous Membranes Indicators: • Skin temperature is WNL • Skin elasticity is WNL • Skin on all areas is intact Sensory Functions: Indicators: • Ability to sense skin stimulation • Ability to sense position changes of head and body	Severely Compromised 1	Substantially Compromised 2	Moderately Compromised 3	Mildly Compromised 4	Not Compromised 5			
2. Potential for Confusion: Acute Interventions: • Anxiety Reduction • Central Perfusion Promotion • Delirium Management • Fall Prevention • Neurological Monitoring • Reality Orientation	Cognition: Indicators: • Is attentive to events in immediate area • Concentrates for appropriate amount of time on situation Cognitive Orientation Indicators: • Identifies self • Identifies primary significant other • Identifies current place, day, month, year, and season of year	Severely Compromised 1	Substantially Compromised 2	Moderately Compromised 3	Mildly Compromised 4	Not Compromised 5			
INT	SIGNATURE	DISC	INT	SIGNATURE	DISC	INT	SIGNATURE	DISC	INT

Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G., Butcher, H., Maas, M, &
Swanson, E. (2012), p.297.

Another example of a clinical application also assists with the challenge that the rating scales present. With regard to providing clinical meaning to the ratings, the hospice nurses in northern Iowa did just that !A team of hospice nurses (Brokel & Hoffman, 2005) reviewed the outcomes and selected the outcome, Dignified Dying. Then they all reviewed the selected outcome and identified 10 indicators of the outcome based on the nursing care principles they wanted to achieve in their practice. The principles were comfort, dignity, choices, acceptance, and closure. After the identification of these indicators, they reviewed the literature on how patients and their families respond to the dying process. To help in the defining of the scale indicators, each of the indicators was given descriptors present within the literature of how patients and families respond to the experience of dying. The following are examples of their work.

Indicators	Operational Definitions
Expresses pain relief	1. Pain scale 9-10 reported 2. Pain scale 7-8 reported 3. Pain scale 4-6 reported 4. Pain scale 2-3 reported

Appears calm and tranquil	5. Pain scale 0-1 reported
	1. Continues crying out, moaning, groaning, thrashing
	2. Three-fourths of day crying out, moaning, groaning, thrashing
	3. One-half day crying out, moaning, groaning, thrashing
	4. One-quarter of day crying out, moaning, groaning, thrashing
Completes meaningful goals or asks for /complete	5. Restful, sleeping throughout day
	1. Shows no interest in knowing/working toward goals, states unrealistic
	2. Puts very limited effort in identifying realistic goals
	3. Identifies/states appropriate meaningful goals and assistance
	4. Regularly performs tasks in an effort to achieve goals
	5. Verbalizes completed goals or accomplishes goals of importance

It is important to note that this work was the basis for a research project and data were collected on a six bed hospice center. Nurses were asked to circle the number that corresponded to the observation that most closely described the patient-family response to the dying process at admission. This method was used to document the measurement of the word descriptions of the indicators by level developed by the nurses. This is a critical piece of work as it is the beginning attempt to present the clinical meaning of the levels of this respective scale of never demonstrated to always demonstrated. In addition, it is attempting to standardize the outcome label based on selected indicators to represent the outcome.

Thank you for the opportunity to present my ideas and address the questions posed by the Scientific Committee of AENTDE. I wish you the best for a very successful conference with very productive discussions.

REFERENCES

Brokel, J.M. & Hoffman, F. (2005). Hospice methods to measure and analyze nursing-sensitive patient outcomes. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 7(1), 37-44.

Bulechek, G., Butcher, H., & McCloskey Dochterman, J.(Eds.) (2013). Nursing Interventions Classification (NIC). (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Heath, C. (2014). "The VIEW: Linking daily staffing to nursing sensitive indicators, HiMSS14, Innovation. Impact. Outcomes. ONWARD. Annual conference, Orlando, FL: February23-27.

Herdman, H. (Ed.) (2012). NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2012-2014.Oxford, England: Blackwell.

Hor, S., Godbold, N., Collier, A., & Iedema, R. (2013). Finding the patient in patient safety. Health, 17(6), 567-583.

Institute of Medicine report, Crossing the Quality Chasm (2004). https://www.premierinc.com/safety/topics/patient_safety/index_1.jsp

Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G., Butcher, H., Mass, M., & Swanson, E. (Eds.) (3rd ed.).(2012). NOC and NIC Linkages to NANDA-I and Clinical Conditions: Supporting Critical Reasoning and Quality Care. Maryland Heights, MO: Mosby.

Moon, M. (2011) Relationship of nursing diagnoses, nursing outcomes, and nursing interventions for patient care in intensive care units. The University of Iowa, ProQuest, UMI Dissertation Publishing, 3526851.

Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M.(Eds.) (2004).Nursing Outcomes Classification (NOC). (3rd ed.). St. Louis, Mo: Mosby

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (Eds.) (2013).Nursing Outcomes Classification (NOC). (5th Ed.).St. Louis, Mo: Mosby

Park, H. (2013). Nursing-sensitive outcome change scores for hospitalized older adults with heart failure: A preliminary descriptive study. Research in Gerontological Nursing, 6(4), 234-241.

Park, H. (2014).Identifying core NANDA-I nursing diagnoses NIC interventions, NOC outcomes, and NNN linkages for heart failure. International Journal of Nursing Knowledge, 25(1), 30-38.

Scherb, C.A. , Lehmkuhl, J., & Leasman, E. (2003). The use of standardized nursing language by physical therapy, occupational therapy and speech pathology in acute care. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 14(4), 44-45.

Scherb, C. A., Stevens, M. S., & Busman, C. Outcomes related to dehydration in the pediatric population. Journal of Pediatric Nursing, 22(5), 376-382.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y MIGRACIÓN. PROPUESTA DEL NUEVO DIAGNÓSTICO: RIESGO DE TRANSICIÓN MIGRATORIA COMPLICADA

AUTORA

Rosa Rifá Ros

Directora del Grado en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna.
Universidad Ramón Llull. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La nueva realidad sociodemográfica que se ha configurado en nuestro país con la incorporación de la población inmigrante, requiere un análisis de necesidades y prioridades en todos los ámbitos. Atender a estas personas, familias o comunidades, implica formular planes de cuidados culturalmente congruentes y competentes que expliciten el reconocimiento de la subjetividad y la complejidad de las personas [1].

En este entorno de transformación y reubicación disciplinar es necesaria una clara reflexión en el ámbito teórico y de la investigación. Son muy pocos todavía, los estudios que relacionan los diagnósticos de Enfermería NANDA, con el fenómeno migratorio con el fin de reflejar la aportación de los profesionales de enfermería en la salud de estas personas. Por todo ello, en el año 2006, se inició la investigación que fue el inicio, del proceso de investigación que, sin proyectarse en este sentido, culmina con la propuesta del diagnóstico Riesgo de transición migratoria complicada.

El proyecto se inició en el Grupo de Investigación en Estilos de vida saludables (GREVS), concretamente en su línea de investigación Salud y diversidad cultural, con el Proyecto de Mejora de la atención a la población inmigrante en atención primaria de salud en Catalunya, subvencionado por el Colegio de Enfermería de Barcelona (COIB), del cual fui la Investigadora principal. Se trataba de un estudio multicéntrico que se realizó en 15 centros de atención primaria del Institut Català de la Salut (ICS) en el que colaboraron 67 enfermeras que identificaron 55 etiquetas diagnósticas distintas para la población inmigrante que trataron durante los seis meses que duró la recogida de datos. La investigación después proseguía con la confección y validación de planes de cuidados con resultados NOC e intervenciones NIC (cuya coherencia cultural fue valorada por mediadores de los distintos grupos representados en la muestra) [2].

En los resultados de la investigación se observó variabilidad diagnóstica de las 55 etiquetas identificados en la primera recogida y surgió la inquietud y el objetivo del trabajo final del Máster en Ciencias de la Enfermería titulado Diagnósticos de enfermería vinculados al proceso migratorio: perspectiva de las profesionales de Enfermería. Su objetivo prioritario era analizar la

percepción de las enfermeras sobre cuáles eran los diagnósticos de enfermería vinculados al proceso migratorio y se identificaron 13 diagnósticos de enfermería entre la metasíntesis [1] y el grupo focal [3] realizados.

Las líneas de futuro propuestas en el estudio, que fueron el punto de partida de la investigación realizada para la obtención del doctorado de mi tesis doctoral[4], afirmaban que era necesario realizar propuestas de diagnósticos de enfermería que contemplaran la perspectiva de las personas recién llegadas sobre su experiencia migratoria.

Así pues el trabajo que hoy les vengo a presentar expone la investigación que culmina con la elaboración de un nuevo diagnóstico enfermero que integra una aproximación a la complejidad de la experiencia migratoria, a través de la vivencia de sus protagonistas.

OBJETIVOS

El objetivo general de la investigación era identificar los diagnósticos de enfermería NANDA predominantes en la población inmigrante, vinculados al proceso migratorio, y los objetivos específicos planteados para ello eran conocer las respuestas derivadas de la experiencia migratoria de las personas inmigrantes, detectar la prioridad otorgada por los propios inmigrantes a las necesidades derivadas de su proceso migratorio, conocer la percepción de los inmigrantes sobre los diagnósticos de enfermería vinculados al proceso migratorio y detectar la existencia de discrepancias entre la visión de las enfermeras y los inmigrantes en relación a estos diagnósticos de enfermería vinculados al proceso migratorio.

Los dos modelos teóricos bajo los que estaba enmarcada la investigación han sido el modelo de competencia cultural de Larry Purnell [5], que ha sido el referente teórico para el diseño de la metodología y el modelo de razonamiento clínico AREA (Análisis de resultados del estado Actual) de Pesut y Herman[6], que conjuntamente con el primero, han constituido el marco para el análisis y discusión de los resultados de la investigación y en consecuencia para la formulación del nuevo diagnóstico.

El modelo de Purnell afirma que el proveedor de cuidados tiene la responsabilidad de ser competente culturalmente y define competencia cultural como conocer, utilizar y apreciar la cultura del otro al colaborar en la resolución de un problema.

Por otro lado, el modelo AREA afirma que el razonamiento crítico de la enfermera mejora a través de la metacognición que implica reflexionar sobre el propio razonamiento, y ésta es la herramienta de mejora que nos ofrece el modelo en relación al proceso diagnóstico. El modelo AREA pone el énfasis en el encuadre de la situación en el que se establecen los límites del foco de atención, identificando de entre un número elevado de diagnósticos considerados simultáneamente, el foco prioritario a partir de la creación de una red de razonamiento clínico, siendo el juicio clínico la conclusión o el significado que se otorga a las relaciones entre ellos, lo

que supone un nivel superior en el proceso diagnóstico enfermero y facilita la utilización adecuada y razonada de los diagnósticos de enfermería.

METODOLOGÍA

Tomando en cuenta los objetivos de la investigación se opta por el paradigma cualitativo y por seguir las propuestas de la investigación fenomenológica que busca descubrir los significados de los fenómenos experimentados por los individuos con el análisis de sus descripciones. El estudio se llevó a cabo mediante una triangulación metodológica con un mismo instrumento y dos sujetos distintos, combinando la técnica de entrevista individual semiestructurada a mediadores culturales, con entrevistas de la misma tipología a personas inmigradas.

En las entrevistas realizadas a los mediadores culturales, además de los objetivos comunes de la investigación (tomando en cuenta su condición de personas inmigradas), se validó la coherencia cultural de la entrevista diseñada como instrumento de recogida de datos. Se optó por la colaboración de 5 mediadores para la validación cultural del instrumento de recogida de datos, porque el modelo de Competencia Cultural de Purnell, aplicado a la investigación, propone que se incluyan miembros de la misma cultura que la población a estudio como colaboradores de la investigación para tener credibilidad y diseñar una investigación transcultural.

En relación al trabajo de campo, los informantes eran originarios de Ecuador, Paquistán, Bolivia, China, Perú, Marruecos y Rumania que son los países identificados, según el Departamento de Estadística de la ciudad, como procedencias más frecuentes en la ciudad de Barcelona, aceptaron la participación en el estudio, incluida la grabación de la entrevista y (debían hablar castellano o catalán para evitar el sesgo que podría significar una traducción/interpretación de las mismas). La captación de informantes fue diversa, a través de visitas a centros de salud, a asociaciones, restaurantes, bazares, fruterías y mediante la técnica "snowball sampling" o "bola de nieve" a partir de los propios informantes que identificaron a otros que cumplieran con los criterios de inclusión.

Para llegar a la saturación informativa, se precisaron concretamente 30 entrevistas y el trabajo de campo se realizó entre los meses de Enero y Junio de 2011.

Los temas tratados en las entrevistas incluyen las propuestas hechas en el proceso de validación y fueron:

Perfil de las personas inmigrantes, que incluyen el país de origen, la edad y los años de estancia en el país.

Proceso migratorio: motivos de la migración y desarrollo.

Necesidades surgidas y estrategias de resolución.

Significados y vivencias vinculadas al proceso migratorio

Para el análisis de las entrevistas realizadas a los 30 informantes se realizó una doble categorización. La primera para definir el contexto migratorio (siguiendo la propuesta de los dos modelos teóricos) y la segunda para identificar los diagnósticos de enfermería vinculados a la migración.

En la categorización para definir el contexto, se dieron respuestas a los dos primeros objetivos específicos planteados, la organización de las categorías coincidió con los temas de la entrevista. Para el análisis del material transcrito se utilizó el método de análisis de contenido con el soporte informático Atlas-ti 6.0 con el que además se identificaron y cuantificaron las palabras clave de cada categoría, siguiendo el modelo AREA que afirma que encuadrar incluye la utilización de lenguaje porque éste nos ayudará a focalizar, clasificar, recordar y comprender mejor la situación de la persona

La categorización realizada para la identificación de los diagnósticos de enfermería se realizó tomando como categorías los 13 dominios de la taxonomía NANDA, lo que obviamente facilitó el trabajo de transformación del discurso de los informantes en lenguaje enfermero, a través de la búsqueda de características definitorias y factores relacionados de los posibles diagnósticos asociados a cada dominio y de esta manera alcanzar el tercer objetivo específico de la investigación que era la identificación de los diagnósticos de enfermería vinculados al proceso migratorio. Para el análisis de esta segunda categorización se utilizó también el método de análisis de contenido con el soporte informático Atlas-ti 6.0

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En relación al motivo para iniciar la migración, el conjunto de la muestra entrevistada afirmó que quería mejorar su calidad de vida en algunos casos por la mejora económica, otros por la oportunidad de estudiar y otros por la reagrupación familiar.

Los resultados correspondientes a la categorización realizada para definir el contexto migratorio, junto con la identificación de las palabras claves de cada categoría, confirmaron lo que dice la teoría en relación a este fenómeno. Aunque más adelante concretaré algunos de estos resultados, me centraré en la categorización realizada para la identificación de los diagnósticos de enfermería en la que se ha transformado el discurso etiquetas diagnósticas NANDA.

Se identificaron los siguientes 23 diagnósticos de enfermería en nueve de los 13 dominios de la taxonomía NANDA: Mantenimiento ineficaz de la salud, Disposición para mejorar el estado de inmunización, Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades, Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, Insomnio, Conocimientos deficientes, Disposición para mejorarlos conocimientos, Disposición para mejorarla toma de

decisiones, Disposición para mejorarla comunicación, Riesgo de soledad, Impotencia, Disposición para mejorar el auto concepto, Interrupción de los procesos familiares, Disposición para mejorarlos procesos familiares, Ansiedad, Temor, Duelo, Estrés per sobrecarga, Disposición para mejorar el afrontamiento, Disposición para mejorarla capacidad de recuperación personal, Disposición para mejorarla religiosidad, Disconfort y Disposición para mejorar el confort [7].

El análisis e interpretación de los resultados incluyó, por una parte el encuadre de la situación y por otra, la reflexión del proceso diagnóstico y la red de razonamiento clínico. Para definir el encuadre o marco de la metacognición sobre el razonamiento seguido para la identificación de los diagnósticos, se relacionaron las palabras claves más frecuentes de todas las categorías con el contexto en el que se dieron, es decir con los resultados específicos de la primera categorización.

Las siguientes 15 palabras son las que obtuvieron una mayor incidencia en todas las categorías: familia, trabajar, inmigrante, venir, idioma, papeles, amigos, problemas, difícil, tiempo, dinero, solo/a, profesionales de la salud, dormir y dejar. Con los argumentos de su aparición se construyó el contexto de la migración de los informantes de esta muestra.

En relación al proceso diagnóstico y como se obtuvieron un total de 23 diagnósticos de enfermería, se analizó su relación siguiendo la propuesta del modelo AREA con la creación de una red de razonamiento clínico, colocando en el centro de la red el PROCESO MIGRATORIO y alrededor los diagnósticos de enfermería que cumplían el REQUISITO de estar directamente vinculados en este proceso migratorio, quedando excluidos Deterioro de la comunicación verbal, Conocimientos deficientes, Interrupción de los Procesos familiares , Mantenimiento ineficaz de la salud, Disposición para mejorar el estado de inmunización, Riesgo desequilibrio nutricional: ingesta superior/inferior a las necesidades, Insomnio y Temor [7] por no cumplirlo.

La interpretación de la red nos llevó destacar, para esta muestra de informantes, el diagnóstico Disposición para mejorar el afrontamiento como el que mejor representa la respuesta y la vivencia de estas personas frente al proceso migratorio. Este diagnóstico expresa en lenguaje enfermero que la necesidad de adaptación, el aprendizaje y la superación personal, tal como expresan algunos autores [8 , 9] son vitales en cada una de las etapas del proceso migratorio. Por otra parte la definición y las características definitorias que recoge la taxonomía NANDA para este diagnóstico, no hacen ninguna alusión explícita al fenómeno migratorio y dado que éstos constituyen uno de los fenómenos socioculturales y políticos de mayor transcendencia del siglo XXI, es necesario adecuar el lenguaje enfermero para que describa las respuestas específicas derivadas de la experiencia migratoria y promueva una atención sanitaria basada en la perspectiva transcultural de los cuidados

A la luz de los resultados de esta investigación se inició el proceso de propuesta a NANDA-I del diagnóstico Riesgo de transición migratoria complicada. Éste, recoge los factores de riesgo identificados en la categorización en la que se ha definido el contexto migratorio.

La inclusión de este diagnóstico en la taxonomía NANDA facilitará que las enfermeras cambien su perspectiva de actuación hacia las personas recién llegadas, hasta ahora orientada a la resolución de problemas, y refuercen las estrategias dirigidas a la detección de factores de riesgo y al fomento de la adquisición de recursos adecuados para afrontarlos.

BIBLIOGRAFÍA

Rifà R. Diagnósticos de enfermería, vinculados al proceso migratorio. Revisión de la literatura científica. Rev ROL Enf. 2012; 35 (3):194-9.

Rifà R, Pallarés A, Pérez I. Validació cultural dels resultats NOC proposats per a 22 plans de cures estàndards per a persones immigrants. Rev AgInf. 2012;Vol 16 (2):64-74.

Rifà R, Pallarés A, Olivé C , Vila C , LamogliaM , Pérez I. Percepción de los profesionales de enfermería sobre la aplicación de los diagnósticos NANDA al proceso migratorio. Rev Paraninfo Digital. 2009; 7.Disponible a: <http://www.index-f.com/para/n7/082o.php>

Rifà R. Diagnòsticos de enfermería, vinculados al proceso migratorio: Visión de los inmigrantes [tesis]. Tarragona: Universidad Rovira i Virgili ; 2012. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/84141>

Purnell L. The Purnell model for cultural competente. Journal of Transcultural Nursing. 2002; 13 (3): 193-6.

Kautz DD, Kuiper RA, Pesut DJ, Williams RL. Using NANDA , NIC and NOC (NNN) Language for Clinical reasoning with the Outcome-Present State-Test (OPT) Model. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications. 2006; 17(3): 129-38.

NANDA-I. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2012.

Tomba E, Scott-Marshall H, Dolinschi R, Trevithick S, Bhattacharyya S. Precarious employment experiences and their consequences: towards a theoretical framework. Work: 2007; 28: 209-24.

Kinon D. An overview of Canadian research on immigration and health. A: Dunn JR, Dyck I. Social determinants of health in Canada's immigrant populations: result form the National Population Health Survey. Social Science & Medicine, 2000; 51: 1573-93.

VALIDACIÓN DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO DUELO EN CASOS DE PÉRDIDA PERINATAL

AUTORA

Olga Paloma Castro

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Con mi intervención lo único que pretendo es contribuir al objetivo de este Simposium de compartir experiencias y debatir sobre la identidad, utilidad y calidad de los lenguajes enfermeros.

Por lo tanto, como se trata de compartir experiencias, no sólo quería limitarme a la descripción del estudio de investigación que estamos desarrollando, sino a exponer el por qué y el para qué, a compartir motivaciones, creencias, emociones que nos han llevado a investigar en Metodología Enfermera.

Una de las cuestiones que siempre me ha preocupado como docente es la gran distancia existente entre la teoría y la práctica. Pero conviene recordar que la Ciencia Enfermera ha ido evolucionando tanto a partir de propuestas teóricas como de su aplicación en la práctica, ya que los modelos teóricos definen una manera de entender y de hacer el cuidado y, desde la práctica profesional, surgen nuevas propuestas teóricas en un ciclo constante que aumenta el cuerpo de conocimiento de nuestra disciplina (Santamaría, 2008).

Actualmente la Enfermería se define como la ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, y Major, 2005). Pero si analizamos qué entendemos por “disciplina” y cuáles son sus características, encontramos que: una disciplina es el conjunto de conocimientos que hacen referencia a una materia u objeto, un área de investigación y de práctica marcada por una perspectiva única o por una manera distinta de examinar los fenómenos (Santamaría, 2008). Las disciplinas tienen tres características que las determinan como tal (García y Martínez, 2001):

Poseer un cuerpo de conocimientos sistemático y relacionado entre sí que de significado global al objeto de la disciplina o rama del saber.

Utilizar en su actividad el método científico, adaptado a las particularidades del objeto disciplinar.

Organizar los conocimientos con lenguaje científico.

En el caso de la Enfermería el objeto de estudio son los cuidados, el proceso de enfermería sería la aplicación del método científico a la práctica y el lenguaje científico propio serían las

Taxonomías Enfermeras. Una vez visto esto, entendemos que si la Enfermería quiere ocupar el puesto que se merece en la Ciencia debe trabajar para cumplir estos tres requisitos.

Desde esta perspectiva, me empecé a interesar por la Metodología Enfermera, y particularmente por la utilización de las Taxonomías. Siendo profesora de Salud Reproductiva y Sexual, el estudio de la Taxonomía, me llevó a preguntarme si estaba planteando bien los contenidos de la asignatura, y si por ejemplo, era más importante para unos futuros enfermeros generalistas conocer el mecanismo del parto o cómo facilitar el duelo a unos padres que han sufrido la pérdida del hijo que esperaban.

Posteriormente tuve la oportunidad de participar en un proyecto sobre el abordaje de las pérdidas perinatales desde la investigación acción participativa en el Hospital de Montilla, donde identificamos que no solo la pérdida suponía un gran impacto emocional para la familia sino que los profesionales también se sentían impotentes y superados por esta situación, haciendo que muchas parejas no reciban una atención adecuada (Pastor et al., 2011). Tal como encontramos en la literatura, en ocasiones las creencias personales son las que guían las actuaciones de los profesionales por encima de la evidencia e incluso del deseo de los padres (Claramunt, Álvarez, Jové y Santos, 2009) y son pocos los centros sanitarios que se han planteado pautas de actuación en casos de pérdidas perinatales, por lo que existe una importante variedad de enfoques a esta situación de un centro a otro (Mathew, Cesario, y Symes, 2008; Fernández y Richard, 2010).

Es evidente que las enfermeras tenemos un papel fundamental en el abordaje de casos de pérdida perinatal con la planificación y ejecución de intervenciones y actividades que permitan a los padres aceptar la realidad de la pérdida y elaborar un duelo saludable (Hutti, 2005; Pastor et al., 2011). Pero dicho abordaje requiere una respuesta basada en la evidencia y consensuada por la comunidad científica, que nos permita ofrecer una atención de calidad, integral y sistematizada (Moreno-Casbas, Fuentelsaz-Gallego, González-María, y Gil de Miguel, 2010; Pearson, Field y Jordan, 2008; Wallin, 2009).

OBJETIVOS

En este sentido surgió la idea de validar el Diagnóstico NANDA-I Duelo en casos de pérdida perinatal, ya que la falta de investigación publicada sobre este diagnóstico y sobre sus características definitorias limita la validez de su contenido. Además sus características definitorias no han sido validadas clínicamente mediante la observación directa sobre las pacientes que sufren un duelo perinatal, haciendo que el diagnóstico se utilice con bajos niveles de evidencia.

Esta idea, se presentó en forma de proyecto a la convocatoria de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía 2012, para la concesión de subvenciones para la

financiación de la investigación, desarrollo e innovación (I+D+I) biomédica y en ciencias de la salud, siendo seleccionado para su financiación.

El Diagnóstico NANDA-I Duelo, contiene 18 características definitorias (Herdman, 2012). Las características definitorias serían las manifestaciones por las que la enfermera puede identificar la presencia de un diagnóstico o problema, y establecer un plan de cuidados individualizado. Por eso es tan importante que se verifique si estas manifestaciones son "válidas" para, en este caso, identificar las características del Duelo en casos de Pérdida Perinatal.

Además de las características definitorias propuestas en este diagnóstico por la NANDA-I, nuestro equipo vio la necesidad de incorporar al estudio de validación otras manifestaciones que se recogen en la literatura, como específicas en casos de pérdida perinatal, para en su caso, proponerlas para su inclusión en próximas revisiones de la taxonomía como nuevas características definitorias.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se diseñó siguiendo el modelo propuesto por Fehring (1986, 1994) en dos fases, la primera corresponde a la validación de contenido y la segunda a la validación clínica.

En la primera fase de validación de contenido, se preguntó a expertos seleccionados mediante criterios de formación y experiencia profesional, sobre la representatividad de las características definitorias y manifestaciones propuestas en los casos de pérdida perinatal calificando cada una en una escala de 1 a 5. Para ello se realizó un cuestionario que se realizó en formato papel y on-line para facilitar su difusión a todo el territorio nacional. Este cuestionario fue pilotado previamente en 10 enfermeras que cumplían los criterios de inclusión. En este cuestionario se incluían variables sociodemográficas, las características definitorias del Diagnóstico NANDA-I Duelo y las manifestaciones de duelo perinatal detectadas en la literatura (Swanson, Connor, Jolley, Pettinato, y Wang, 2007; Badenhorst, y Hughes, 2007; Adolfsson et al., 2004).

Para determinar la validez de contenido del diagnóstico NANDA-I Duelo, es necesario determinar en primer lugar el grado de adecuación de cada una de las características definitorias a los casos de pérdida perinatal, que es lo que se denomina Índice de Contenido Diagnóstico (ICD). Este índice oscila entre 0 y 1, y se calcula realizando la media ponderada de las puntuaciones atribuidas por los expertos a cada una de las características definitorias.

Para poder realizar esta media, previamente se asignó un peso a cada puntuación otorgada por los expertos a las manifestaciones de modo que 1 = 0; 2 = 0.25; 3 = 0.50; 4 = 0.75; 5 = 1. Por tanto, y de acuerdo al modelo de Fehring, si la puntuación obtenida es superior a 0,8 la característica definitoria se considera como altamente representativa del diagnóstico, catalogándola como "característica mayor". Si obtiene un valor entre 0,6 y 0,79 se considera

característica de baja representatividad o "característica menor". Y si el valor obtenido es menor de 0 , 6 se considera como no representativa por lo que se descartaría.

A continuación, una vez asignado a cada una de las características definitorias el peso que le corresponde, se determina el grado de representatividad del contenido del diagnóstico completo para la situación clínica que nos ocupa, calculando el índice de validez de contenido del diagnóstico (VCD).

Hay que tener en cuenta, que cuando el diagnóstico enfermero tiene más de 7 características definitorias se recomienda seguir para su obtención las modificaciones que proponen Sparks y Lien-Gieschen (1994) sobre el método original de Fehring (1986,1994). Estos autores proponen que para no disminuir el índice de validez de contenido diagnóstico de forma artificial, se deben contar las puntuaciones de las características mayores 2 veces y la de las menores 1 sola vez y determinar la media aritmética de todas ellas, para obtener el índice de validez de contenido total.

Puesto que éste es el caso del diagnóstico NANDA-I "Duelo", se asumieron para este estudio dichas premisas. Si el valor del Índice de Validez de Contenido Diagnóstico es menor de 0 , 6 se considera que el diagnóstico enfermero "Duelo" no es representativo en casos de pérdida perinatal. Si la puntuación final es superior a 0 , 8 se considera representativo. En caso de obtener un resultado final entre 0 , 6 y 0 , 79 no es posible determinar el grado de representatividad del diagnóstico en la pérdida perinatal, por lo que sería necesario realizar nuevos estudios para obtener resultados determinantes.

En la segunda fase de validación clínica, se pretende obtener evidencias en el contexto clínico, mediante la observación y obtención de información directa, de la presencia de las características definitorias del Diagnóstico NANDA-I Duelo y manifestaciones propuestas en base a la literatura en las pacientes que han sufrido una pérdida perinatal a las que se aplica dicho diagnóstico.

La muestra se está obteniendo con la colaboración de enfermeras del área maternal que trabajan en el Hospital de Montilla y en el Hospital de Jerez de la Frontera, donde se desarrolla esta fase del estudio. Los datos se están recogiendo a través de una entrevista de valoración clínica directa a las pacientes, sobre una Hoja de Valoración del Duelo Perinatal diseñada mediante consenso de expertos.

En esta hoja de valoración se identifican variables sociodemográficas, las características definitorias y las manifestaciones de duelo perinatal detectadas en la literatura. Pero además incluye instrucciones para la cumplimentación y una orientación para la valoración de cada manifestación, dada la dificultad que en muchas ocasiones tiene definir el significado de cada una de ellas.

En esta segunda fase se determina la frecuencia de las características definitorias en los participantes del estudio. Las características definitorias con frecuencia igual o superior a 80% son clasificadas como "características mayores", aquellas con frecuencia entre 79 y 51% como "menores" y, como características definitorias poco relevantes aquellas con frecuencia igual o menor que 50% (Fehring, 1986, 1994).

Para analizar el Índice de Validez de Contenido Diagnóstico se utilizará un procedimiento similar al descrito en la fase 1. Para ello se calculará la suma de todas las medias de las características definitorias, excluyendo aquellas en las que se obtienen puntuaciones menores o iguales a 0,5, dividida entre el número total de características definitorias validadas. Si el valor de éste es menor de 0,6 se considera que el diagnóstico NANDA-I "Duelo" no está validado clínicamente en casos de pérdida perinatal. Si la puntuación final es superior a 0,8 se considera validado. En caso de obtener un resultado final entre 0,6 y 0,79 no es posible determinar la validez clínica del diagnóstico, siendo necesario realizar nuevos estudios para obtener resultados determinantes.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Bien, pues ¿Qué nos dijeron los expertos con respecto a la validez de contenido del diagnóstico? Según los 208 expertos que participaron, 12 de las 18 características definitorias del diagnóstico NANDA-I Duelo fueron identificadas como representativas. De ellas 7 alcanzaron valores del ICD para ser consideradas mayores, y 5 menores. Otras 5 características no fueron consideradas indicativas del diagnóstico cuando se aplica a situaciones de duelo perinatal (Tabla 1). Según estos resultados se obtuvo un índice de validez del contenido del diagnóstico (VCD) en su totalidad de 0,867, por lo que según este estudio, se considera que el diagnóstico NANDA-I Duelo es representativo en casos de pérdida perinatal.

Por otro lado, de las 10 manifestaciones de duelo perinatal propuestas identificadas en la literatura, sólo "sensación de vacío interior" fue calificada por los expertos como mayor. Todas las manifestaciones propuestas restantes, excepto una, fueron calificadas como manifestaciones menores. De ellas las manifestaciones "añoranza", "evitación de mujeres embarazadas y bebés", "sensación de soledad", "evitación social" y "ambivalencia ante un nuevo embarazo" obtuvieron puntuaciones muy cercanas al límite de 0.80 que Fehring (1987) designó como punto de corte entre las CD mayores y menores, por lo que deberían de ser consideradas en futuros estudios para determinar si son indicativas del diagnóstico (Paloma-Castro et al., 2013) (Tabla 2).

Tabla 1. Índice de Contenido Diagnóstico (ICD) de las características definitorias del Diagnóstico NANDA-I Duelo. FASE 1

Características Definitorias	ICD	DS
CD Mayores		
Sufrimiento	0 , 930	0 , 139
Dolor	0 , 901	0 , 182
Búsqueda de significado de la pérdida	0 , 852	0 , 206
Culpa	0 , 851	0 , 200
Alteraciones en el patrón del sueño	0 , 845	0 , 171
Alteraciones en el patrón de los sueños	0 , 841	0 , 170
Desespero	0 , 832	0 , 195
CD Menores		
Distrés psicológico	0 , 762	0 , 214
Cólera	0 , 710	0 , 256
Desorganización	0 , 691	0 , 242
Alteración del nivel de actividad	0 , 688	0 , 218
Mantenimiento de la conexión con la persona fallecida	0 , 643	0 , 256
CD descartadas		
Desapego	0 , 583	0 , 262
Conducta de pánico	0 , 558	0 , 296
Alteraciones en la función neuroendocrina	0 , 484	0 , 254
Alteraciones en la función inmunitaria	0 , 453	0 , 239
Crecimiento personal	0 , 405	0 , 299
Experimentación de alivio	0 , 257	0 , 259

Tabla 2. Índice de Contenido Diagnóstico (ICD) de las manifestaciones propuestas (FASE 1)

Manifestaciones identificadas en la literatura		ICD	DS
CD mayores			
	Sensación de vacío interior	0 , 873	0 , 165
CD menores			
	Añoranza	0 , 786	0 , 210
	Evitación de mujeres embarazadas y bebés	0 , 786	0 , 217
	Sensación de soledad	0 , 775	0 , 215
	Evitación social	0 , 748	0 , 223
	Ambivalencia ante un nuevo embarazo	0 , 734	0 , 240
	Auto-Critica	0 , 679	0 , 220
	Sensación de duelo socialmente desautorizado	0 , 661	0 , 263
	Enlentecimiento del tiempo	0 , 630	0 , 234
CD descartadas			
	Alucinaciones auditivas, visuales y/o cenestésicas (oír el llanto del bebé, movimientos fetales fantasma, etc.)	0 , 483	0 , 257

La selección por parte de los expertos de un gran número de CD como representativas de la pérdida perinatal muestra la gran repercusión de ésta sobre las personas que la experimentan. Además avalan la pertinencia de la utilización del diagnóstico en estas situaciones.

Entre las CD consideradas irrelevantes se encuentran 2 manifestaciones fisiológicas, como son las alteraciones de las funciones inmunitaria y neuroendocrina, únicamente valorables mediante pruebas de laboratorio. Esto puede deberse a que las enfermeras en esas situaciones tienden a hacer una valoración más dirigida hacia manifestaciones afectivas, cognitivas y conductuales, evidenciables mediante la entrevista y la observación. Además de que esas manifestaciones son más susceptibles de intervención enfermera. Otras características definitorias descartadas para el duelo perinatal por los expertos son las referentes a la experimentación de alivio o crecimiento personal que a priori parecían más características de otras situaciones de duelo como cuidadores que pierden a familiares después del padecimiento de una larga o particularmente dolorosa enfermedad.

Los resultados de este estudio están limitados por déficits inherentes al modelo de validación utilizado, la consideración de expertos, la procedencia y el sistema de elección de estos y algunas disconformidades detectadas en la traducción de la taxonomía. Por otro lado, el modelo VCD se basa en impresiones retrospectivas de los expertos y no se recoge información directa y en tiempo real de pacientes (Wake, Fehring, y Fadden, 1991) lo que favorece que puedan aparecer sesgos como el olvido.

Para paliar en lo posible lo anterior, como comentamos anteriormente, el equipo investigador estamos actualmente implementando la segunda fase del proyecto, la validación clínica del diagnóstico. Debido a la baja incidencia de pérdidas perinatales que por suerte existe en nuestro país, y a que la muestra se está reclutando en dos centros sanitarios, hasta la actualidad hemos obtenido 23 casos.

Por otro lado, teniendo en cuenta la definición amplia de duelo perinatal tomada en este estudio, en el que se incluyen las pérdidas ocurridas desde el conocimiento del embarazo hasta el periodo neonatal y la cesión de un niño en adopción (DeBackere, Hill y Kavanaugh, 2088; Hutti, 2005; Mathew et al.2008), obtenemos una muestra muy heterogénea.

En un primer análisis podemos distinguir claramente dos grupos bien diferenciados, las mujeres que han sufrido una pérdida espontánea y las que se han sometido a una interrupción legal del embarazo.

Si analizamos los datos obtenidos hasta el momento de forma global, podemos concluir que únicamente se considera característica mayor la manifestación propuesta en base a la literatura "sensación de vacío interior". Siendo características menores: búsqueda del significado de la pérdida, sufrimiento, alteraciones en el patrón del sueño, evitación social, autocrítica, añoranza y evitación social de mujeres embarazadas y bebés. Todas las demás estarían descartadas a priori en este estudio.

Sin embargo, si analizamos de forma independiente según los grupos identificados, obtenemos unos resultados que pueden dar lugar a multitud de reflexiones e interpretaciones sobre el estudio de este fenómeno. Como ejemplo, se pueden observar los datos obtenidos en los dos grandes grupos identificados, las mujeres sometidas a una interrupción legal del embarazo y las que han sufrido una pérdida espontánea (Tabla 3).

Tabla 3. Comparación de resultados obtenidos en los principales grupos. FASE 2

Grupo	Interrupción Legal del Embarazo	Pérdida espontanea

Característica Mayor	Sensación de vacío interior Autocrítica Desespero Experimentación de alivio	Sensación de vacío interior Alteración del patrón del sueño Búsqueda del significado de la pérdida
Característica Menor	Evitación social Sufrimiento Añoranza Evitación de mujeres embarazadas y bebés Búsqueda del significado de la pérdida Culpa Alteración del nivel de actividad	Evitación social Sufrimiento Añoranza Evitación de mujeres embarazadas y bebés Autocrítica Ambivalencia ante un nuevo embarazo Dolor Cólera Sensación de duelo socialmente desautorizado

Podemos observar, cómo en el caso de las Interrupciones legales del embarazo se consideran características mayores específicas, a diferencia de las mujeres que sufren una pérdida espontánea, la experimentación de alivio y el desespero. Sin embargo no aparece la alteración del patrón del sueño, que en el caso de la pérdida espontánea se consideraría mayor.

En este caso parece que las mujeres sometidas a una Interrupción Legal del Embarazo (ILE) tienen menos problemas con el sueño, que puede estar relacionada con la mayor sensación de alivio que presentan en el 100% de los casos. Muchos de los casos de ILE recogidos son secundarios a causas fetales, por lo que se puede relacionar la manifestación de Desespero con la falta de esperanza en la gestación a un feto viable. Esta teoría puede apoyarse en otra manifestación que aparece en este grupo como característica mayor que es la autocrítica. Estas mujeres también manifiestan en mayor proporción sentimientos de culpa, sin embargo presentan en pocos casos manifestaciones de cólera, tal vez porque al ser una intervención programada, la mujer ha tenido más tiempo de asumirla. Tal vez la cólera es una reacción más inmediata.

Debemos tener en cuenta que hay estudios que consideran a las mujeres que experimentaron la interrupción del embarazo por anomalías fetales grupos de riesgo para el desarrollo de un

duelo complicado, debido a cuestiones relacionadas con la toma de decisiones activa sobre la terminación del embarazo, la culpa y la vergüenza (Lilford, Jones, Bishop, Thornton, y Mueller, 1994).

Finalmente, si comparamos estos resultados preliminares con los obtenidos en la fase de validación de contenido podemos observar que:

La manifestación Sensación de Vacío Interior se puede identificar en ambos casos como característica mayor, confirmándose la opinión de los expertos.

Se confirma la Búsqueda del Significado de la Pérdida como característica mayor en las pérdidas espontáneas tal como indicaron los expertos, pero pasaría de momento a característica menor en los casos de ILE.

Se confirma el Desespero como característica mayor en casos de ILE, pero pasaría a característica menor en las pérdidas espontáneas.

La experimentación de alivio, descartada por los expertos, sería una característica mayor en los casos de ILE, continuando como descartada en los demás casos. Tal vez en los casos de pérdida perinatal no es frecuente la valoración de manifestaciones positivas, por lo que no fueron identificadas por los expertos.

Se confirma la opinión de los expertos sobre las alteraciones en el patrón del sueño como característica mayor pero únicamente en las pérdidas espontáneas, siendo descartada de momento en los casos de ILE.

La alteración en el patrón de los sueños fue considerada mayor por los expertos, sin embargo con los datos actuales estaría descartada. Habría que considerar la interpretación errónea de los expertos de esta manifestación como consecuencia de su traducción.

De las características menores identificadas por los expertos sólo continúa cólera en mujeres con pérdida espontánea y la alteración del nivel de actividad en mujeres con ILE. Aunque en esta última la diferencia entre ambos grupos no es relevante.

La Autocrítica pasaría a característica mayor en el grupo de mujeres sometidas a una ILE y continuaría como característica menor en los casos de pérdida espontánea.

Además de las conclusiones expuestas, queríamos añadir que pensamos que las estancias hospitalarias reducidas en los casos de pérdidas perinatales hace que no se puedan observar manifestaciones que tal vez necesiten un mayor intervalo de tiempo desde la pérdida para que se manifiesten, como es el caso de la evitación social, la sensación de duelo socialmente desautorizado y la evitación de mujeres embarazadas y bebés. En este sentido, queremos poner de manifiesto la necesidad de realizar una mejor continuidad de cuidados de estas parejas.

Por otro lado, según la literatura, hay manifestaciones como la aparición de alucinaciones auditivas, visuales y cenestésicas que se dan cuando se trata de gestaciones avanzadas. Gracias a la escasa incidencia de este tipo de pérdidas, no hemos podido validar esta manifestación, aunque en la muestra recogida se identifica entres de los casos.

CONCLUSIÓN

Necesitamos continuar trabajando para obtener una mayor muestra en la validación clínica que pueda aumentar la validez de los resultados, pero los obtenidos hasta el momento ponen de manifiesto la complejidad del proceso de Duelo, las múltiples manifestaciones que tienen lugar en las personas que lo padecen, y la influencia de múltiples condicionantes. Por ello, creemos que es importante promover estudios multicéntricos que analicen este fenómeno en profundidad mediante un seguimiento adecuado de las parejas.

REFLEXIONES FINALES

Bueno pues espero que a través de esta exposición se haya podido vislumbrar la importancia que tiene para nosotros la investigación y utilización de las Taxonomías Enfermeras.

Nuestra experiencia es que las Taxonomías nos ayudan a estructurar, a analizar en profundidad, y a definir los problemas o situaciones de salud de los que somos responsables, y lo que podemos aportar como disciplina de forma única a la ciencia. Es decir, ayudan a definir nuestra identidad.

La Taxonomías resultan de gran utilidad para identificar con mayor facilidad las respuestas de las personas ante una situación de salud, lo que nos permite planificar intervenciones específicas, proporcionar unos cuidados individualizados, más seguros y de mayor calidad.

Pero no solo proporcionamos una mayor calidad en los cuidados, y como consecuencia una mayor satisfacción de los usuarios, sino que mediante la metodología Enfermera, y en concreto, mediante las Taxonomías Enfermeras, estamos dando visibilidad a nuestro trabajo. Nos permite demostrar la eficacia de nuestras intervenciones. Nos permite comparar, investigar, avanzar en el conocimiento del cuidado.

En definitiva, desde nuestra perspectiva las Taxonomías Enfermeras son necesarias para cuidar a las personas con la mayor evidencia, para seguir construyendo nuestra disciplina, para seguir desarrollando nuestra profesión. De este modo hacemos visible lo invisible, hacemos visible a la Enfermería y nos hacemos visibles nosotros mismos.

REFERENCIAS

Adolfsson, A. A., Larsson, P. G. P., Wijma, B. B., y Berterö, C. C. (2004). Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage. *Health Care for Women International*, 25(6), 543-560. doi:10.1080/07399330490444821

Badenhorst, W., y Hughes, P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 249-259. doi:10.1016/j.bpobgyn.2006.11.004

Claramunt, M., Alvarez, M., Jové, R., y Santos, M. (2009). *La cuna vacía*. Madrid: La Esfera de los Libros.

DeBackere, K. J. K., Hill, P. D. P., y Kavanaugh, K. L. K. (2008). The parental experience of pregnancy after perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37(5), 525-537. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00275.x.

Fehring, R. J. (1994). The Fehring model. In: R. M. Carrol-Johnson y M. Paquete (Eds.) *Classification of Nursing Diagnoses: Proceeding of the Tenth Conference of North American Nursing Diagnosis Association* (pp. 55-62). Philadelphia: JB Lippincott.

Fehring, R. (1986). Validating diagnostic labels: Standardized methodology. In M. E. Hurley (Ed.), *Classification of Nursing Diagnosis: Proceedings of the Sixth Conference* (pp. 183-190). St. Louis: Mosby.

Fernández, J. y Richard, M. (2010). Variabilidad de la práctica clínica. Situación actual y retos para enfermería. *Enfermería Clínica*, 20(2), 114-118.

García Martín-Cano, C. y Martínez Martín, M.L. (2001). *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. Madrid: Harcourt.

Hutti, M. H. M. (2005). Social and professional support needs of families after perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 34(5), 630-638. doi: 10.1177/0884217505279998

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. y Major, F. (2005). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.

Lilford, R., Jones, A. M., Bishop, D. T., Thornton, J., y Mueller, R. (1994). Case-control study of whether subfertility in men is familial. *BMJ: British Medical Journal*, 309(6954), 570.

Mathew, S. S., Cesario, S. S., y Symes, L. L. (2008). Explaining "unexplained" perinatal loss: experiences of women with antiphospholipid syndrome. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 22(4), 293-301. doi: 10.1097/01.JPN.0000341360.37822.7d.

Moreno-Casbas, T., Fuentelsaz-Gallego, C., González-María, E., y Gil de Miguel, Á. (2010). Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enfermería Clínica*, 20(3), 153-164. doi:10.1016/j.enfcli.2010.01.005

Herdman, T.H. (ed.) (2012). NANDA International Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Harcourt.

Paloma-Castro, O., Romero-Sánchez, J. M., Paramio-Cuevas, J. C., María Pastor-Montero, S., Castro-Yuste, C., Frandsen, A. J., Albar-Marín, M.J., Bas Sarmiento, P. y Moreno-Corral, L. J. (2013). Nursing Diagnosis of Grieving: Content Validity in Perinatal Loss Situations. *International journal of nursing knowledge*.

Pastor Montero, S. M., Romero Sánchez, J. M., Hueso Montoro, C., Lillo Crespo, M., Vacas Jaén, A. G., y Rodríguez Tirado, M. B. (2011). Experiences with perinatal loss from the health professionals' perspective. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(6), 1405-1412. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000600018>

Pearson, A., Field, J., y Jordan, Z. (2008). *Práctica clínica basada en la evidencia en enfermería y cuidados de la salud. Integrando la investigación, la experiencia y la excelencia*. Madrid: McGraw-Hill.

Santamaría, J.M. (Ed) (2008). *Apuntes sobre el cuidado: por qué es y cómo es: 1.0 (versión home)*, Madrid: Fuden.

Sparks, S. M., y Lien-Gieschen, T. (1994). Modification of the diagnostic content validity model. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 5(1), 31-35. doi: 10.1111/j.1744-618X.1994.tb00365.x

Swanson, K. M. K., Connor, S. S., Jolley, S. N. S., Pettinato, M. M., y Wang, T. T. (2007). Contexts and evolution of women's responses to miscarriage during the first year after loss. *Research in Nursing & Health*, 30(1), 2-16. doi:10.1002/nur.20175

Wake, M. M. M., Fehring, R. J. R., y Fadden, T. T. (1991). Multinational validation of anxiety, hopelessness, and ineffective airway clearance. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 2(2), 57-65. doi: 10.1111/j.1744-618X.1991.tb00334.x

Wallin, L. (2009). Knowledge translation and implementation research in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 46(4), 576-587. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.05.006

VALIDACIÓN CLÍNICA DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO INSOMNIO EN TRABAJADORES A TURNOS

AUTORES

José Manuel Romero-Sánchez^{1,2} y María Eugenia González-Domínguez^{1,2}.

Filiación: (1) Servicios Médicos del Centro Bahía de Cádiz de Airbus Defence & Space. Servicio de Prevención Mancomunado de Airbus Group España. (2) Asociación Andaluza de Medicina y Seguridad en el Trabajo.

PALABRAS CLAVE

Diagnóstico Enfermero, Insomnio, Trabajo a turnos, Salud laboral, Estudios de casos y controles.

INTRODUCCIÓN

Las demandas de productividad han propiciado que las empresas, cada vez más frecuentemente, trabajen las 24 horas del día, teniendo sus trabajadores que adaptarse a ritmos de vida que dependen de turnos rotatorios. Esta situación tiene repercusiones para éstos. Las alteraciones en el patrón del sueño son una de las consecuencias más frecuentes de los cambios de horarios por causa del trabajo. Las enfermeras de salud laboral tienen un papel fundamental en la detección e intervención sobre las respuestas humanas relacionadas con las condiciones laborales, por lo que las taxonomías diagnósticas disponibles deben recogerlas.

INSOMNIO Y TRABAJO A TURNOS

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define el trabajo a turnos como el método de organización del tiempo de trabajo en la que los trabajadores se relevan unos a otros de forma que la empresa pueda trabajar más tiempo que lo haría con horas de los trabajadores individuales (OIT, 1990). Esta forma de organización de la actividad laboral se realiza, permanente o frecuentemente, fuera de horas de trabajo regulares diurnas.

La organización del trabajo por turnos es algo muy frecuente. La Organización Mundial de la Salud estima que del 15 al 20% de los trabajadores europeos y norteamericanos trabajan de acuerdo con algún tipo de turno rotatorio (IARC, 2010). En España el porcentaje es levemente superior, un 22.2% trabaja a turnos y un 8.9% en horario nocturno, bien sea en el turno fijo de noche o en jornada de turnos mañana-tarde-noche (INSHT, 2012).

El trabajo a turnos en general, y en particular el nocturno, tiene importantes repercusiones laborales como el aumento de los accidentes de trabajo (Wagstaff y Sigstad Lie, 2011) y la baja productividad (Dhande y Sharma, 2011). Pero más allá de éstas, la turnicidad se asocia con una gran variedad de problemas físicos y psicológicos para los trabajadores como enfermedades cardiovasculares (Puttonen, Harma y Hublin, 2010), alteraciones metabólicas (Arendt, 2010), cáncer (Erren, 2013) y depresión (Driesen, Jansen, van Amelsvoort y Kant, 2011) entre otras.

Sin embargo, las quejas más frecuentes de los trabajadores a turno tienen relación con las alteraciones de los patrones del sueño.

En comparación con las personas que están a turno fijo en horario diurno, los que lo hacen a turnos, y en especial por la noche, presentan más problemas del sueño debido al desajuste temporal que el turno de trabajo produce en los procesos homeostáticos y circadianos del sueño (Arendt, 2010; Van Dongen, 2006). El insomnio debe ser reconocido y tratado de manera precoz y efectiva para evitar la disminución de la calidad de vida (Morin, LeBlanc, Daley, Gregoire y Merette, 2006) y la salud (Vogel, Braungardt, Meyer y Schneider, 2012) que conlleva en los trabajadores expuestos.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO INSOMNIO Y TRABAJO A TURNOS

La clasificación de Diagnósticos Enfermeros de la NANDA-I recoge, como una de las respuestas humanas que las enfermeras deben valorar y diagnosticar, los trastornos de la cantidad y calidad del sueño que deterioran el funcionamiento de los pacientes (Herdman, 2012). El diagnóstico enfermero (DE) "Insomnio" incluye como factor relacionado (FR) el deterioro del patrón del sueño normal por causa del trabajo por turnos (Herdman, 2012).

La evidencia de este diagnóstico se enmarca en el nivel 2.1 (Etiqueta, definición, características definitorias o factores de riesgo, factores relacionados y bibliografía), por lo que se hacen necesarios estudios que le den soporte clínico, evaluando su aplicación en contextos reales, e incrementen dicho nivel de evidencia. El estudio que describe esta ponencia pretende contribuir a paliar en parte esta carencia mediante la validación clínica de la condición "trabajar a turnos" como FR del DE Insomnio y de sus características definitorias (CD), objetivos principales de éste.

EL ESTUDIO

Para la consecución de los objetivos anteriormente descritos se utilizó un diseño de casos y controles para comparar a trabajadores a los que se les asignó el DE Insomnio (casos) con aquellos a los que no (controles) en relación a la turnicidad en el trabajo.

A modo de estudio piloto, se seleccionó oportunamente una muestra de 10 trabajadores a los que se le había atribuido el DE tras una valoración dirigida (casos $n_1=10$) asignándoles, en relación 1:2, controles de entre otros trabajadores de la misma fábrica a los que no se les atribuyó el diagnóstico (controles $n_2=20$).

Todos los participantes eran trabajadores de una fábrica aeronáutica, el Centro Bahía de Cádiz de Airbus Defence & Space que se encuentra situada en el Puerto de Santa María (Cádiz). Cuenta con cuatro tecnologías diferentes (Chapistería Integrada, Montaje Automático, Conformado Superplástico y Materiales Compuestos) abarcando programas de las distintas

familias de aviones del grupo Airbus y colaboraciones con otros fabricantes de elementos aeronáuticos.

En el contexto de los exámenes periódicos de Vigilancia de la Salud, los enfermeros de los servicios médicos del centro evaluaron, mediante una valoración dirigida, la presencia o ausencia del DE en los participantes para asignarlos al grupo de los casos en caso de ser diagnosticados o a los controles en el caso contrario. La asignación del DE siguió las fases del razonamiento diagnóstico (Herdman, 2012) y las directrices para el uso del diagnóstico enfermero y NANDA-I (Lunney, 2011). En el mismo proceso se registró igualmente la presencia de las características definitorias (CD) del DE en cada uno de ellos. Posteriormente, se comprobó para cada participante si trabajaba a turnos (turnos de mañana-tarde y mañana-tarde-noche rotatorios) o no (turno de mañana fijo). Además se recogieron las variables demográficas clásicas así como el puesto de trabajo en una hoja de comprobación en base al DE Insomnio (Herdman, 2012) a la que se le añadieron las variables anteriormente descritas.

Se realizó un cribado intensivo de otras posibles etiologías del DE insomnio, distintas al “trabajo a turnos”, que pudieran estar presentes en los pacientes para que no actuaran como posibles factores de confusión en la determinación empírica de la relación entre el FR y el DE. Para ello, un médico especialista en Medicina del Trabajo evaluó a todos los pacientes, a través de la historia clínica y la anamnesis, buscando la presencia de patología del sueño, trastornos del ánimo y síntomas de malestar físico. Del mismo modo, los miembros del equipo multidisciplinar evaluaron la presencia de los otros FR del DE como responsabilidades parentales, factores del entorno, consumo de medicamentos, alcohol o estimulantes, etc. Fueron excluidos todos aquellos pacientes del grupo de los casos que presentaban algunos de estos factores.

A nivel de análisis de datos, se utilizó la Odds Ratio (OR) para determinar la fuerza de asociación entre la condición “trabajar a turnos” y la presencia del DE en los participantes. Igualmente se usó la prueba de Fisher para estimar la asociación entre el trabajo a turnos y las CD del DE. Para evaluar el efecto de la edad como posible factor de confusión se determinaron las diferencias entre grupos para esta variable a través de la U de Mann-Whitney. Se consideraron significativos valores de $p < 0.05$. Todos los procedimientos descritos fueron asistidos por el software SPSS v.21 (IBM, SPSS Inc., Chicago, IL).

Como resultado del proceso anteriormente descrito se obtuvieron los siguientes resultados:

La muestra estaba conformada en un 93.3% por hombres con una edad media de 39.40 años (Desviación Estándar: 9.988), sin que existieran diferencias intergrupales respecto a la edad ($U=99.00$; $p=0.96$). La mayor parte de los componentes de ésta eran operarios de taller (83.3%) que trabajan a turnos (60%).

Se estableció asociación significativa entre el trabajo a turnos y la asignación del DE ($p=0.024$), determinándose que los trabajadores a turnos tienen una probabilidad 11 veces mayor de que se les asigne el diagnóstico que aquellos que tiene un turno fijo ($OR=11.00$; Intervalo de Confianza al 95%=1.16-103.94).

Para evaluar la presencia de cada CD respecto al trabajo a turnos, se dividió la muestra en dos subgrupos, los participantes que trabajaban a turnos respecto a los que lo hacían a turno fijo, presentar o no el DE. Los resultados se presentan en la tabla adjunta. Aquellos que trabajaban a turnos presentan 13 de las 15 CD que contiene el diagnóstico en mayor proporción que los que lo hacían a un turno fijo. Además se encontró una asociación estadísticamente significativa entre trabajar a turnos y la presencia de 7 de ellas.

Características Definitivas del Diagnóstico NANDA-I Insomnio		Trabajo a turnos (n=18)		No trabajo a turnos (n=12)		Asociación (Fisher) p
		n	%	n	%	
1	Observación de cambios de la emotividad	7	38.9	0	0	0.024*
2	Observación de falta de energía	7	38.9	0	0	0.024*
3	Aumento del absentismo	2	11.1	0	0	0.503
4	El paciente informa cambios de humor	6	33.3	0	0	0.057
5	El paciente informa de disminución en su estado de salud	0	0	1	8.3	0.400
6	El paciente informa de disminución de su calidad de vida	1	5.6	0	0	1.000
7	El paciente informa de dificultad para concentrarse	4	22.2	1	8.3	0.622
8	El paciente informa de dificultad para conciliar el sueño	8	44.4	1	8.3	0.049*
9	El paciente informa de dificultad para permanecer dormido	9	50.0	1	8.3	0.024*
10	El paciente informa de insatisfacción con el sueño (habitual)	8	44.4	1	8.3	0.049*

11	El paciente informa de aumento de los accidentes	0	0	1	8.3	0.400
12	El paciente informa de falta de energía	8	44.4	1	8.3	0.049*
13	El paciente informa de sueño no reparador	7	38.9	1	8.3	0.099
14	El paciente informa de trastornos del sueño que tienen consecuencias el día siguiente	7	38.9	0	0	0.024*
15	El paciente informa de despertarse demasiado temprano	7	38.9	1	8.3	0.099

Tabla 1. Presencia de las características definitorias del diagnóstico enfermero insomnio según turno de trabajo, proporción y significación estadística.

NUEVAS TENDENCIAS EN LA VALIDACIÓN DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS APLICADAS AL ESTUDIO

En este proyecto se intentaron integrar varias de las nuevas tendencias en la validación de DE en la actualidad: La validación de FR, la adopción de nuevos métodos de validación y la extensión de la investigación a áreas de cuidados en los que los lenguajes enfermeros tienen poca difusión.

- Validación de FR: Aunque cada vez son más frecuentes los estudios de validación de DE para situaciones o condiciones etiológicas concretas en la producción científica sobre lenguajes enfermeros (Lopes, Altino y Silva de Cássia, 2010; Paloma-Castro et al., 2013) dichos estudios se centran principalmente en la validación de las CD. En este proyecto se ha intentado dar un paso más, validando el factor relacionado estableciendo relación empírica entre condición y diagnóstico. La determinación de esta relación es posible gracias a las ventajas del enfoque metodológico usado, que es en sí mismo otra de las nuevas tendencias utilizadas en este estudio, la cual desarrollamos a continuación.
- Nuevos diseños metodológicos en la validación de DE: Los estudios de validación de diagnósticos enfermeros se han visto muy influenciados por el marco metodológico desarrollado por Fehring en los años 1980 (Lopes, Silva y Araujo, 2013). De hecho, el 58 , 3% de los estudios de validación de DE producidos en el contexto de los programas de doctorado de Brasil utilizaron las recomendaciones de este autor (Chaves, Carvalho y Rossi, 2008). Recientemente, se han propuesto algunas alternativas para el enfoque clásico del proceso de validación clínica de los DE que se

centran en la validación independiente de los componentes del diagnóstico, incluyendo la validación de los indicadores clínicos y de los factores etiológicos (Lopes, Silva, y Araujo, 2013). Para ello, la utilización de diseños epidemiológicos, como el de cohortes y el de los casos y controles, constituyen una opción plausible. En el caso de este proyecto, se seleccionó, tal y como se ha dicho, un estudio de casos y controles. Este tipo de diseño se basa en la comparación de dos grupos definidos sobre la base de la presencia o ausencia de un diagnóstico determinado (Rothman, Greenland y Lash, 2008). Aunque no exentos de sesgos, constituyen un paso más para determinar la relación empírica entre condición etiológica y diagnóstico con mayor nivel de evidencia.

- Validación de DE en áreas de especialización con poca difusión de los lenguajes enfermeros: Un estudio reciente realizado en nuestro país ha puesto de manifiesto la escasa utilización de la metodología enfermera y los lenguajes estandarizados por parte de las enfermeras que trabajan en Salud Laboral (Sánchez-Ayllón et al., 2013). El mismo trabajo evidencia que los propios profesionales reconocen, en su gran mayoría, una gran carencia de conocimientos sobre el tema. La validación de lenguajes enfermeros en estos entornos clínicos puede mejorar la adecuación de las taxonomías a la práctica de los profesionales de Salud laboral y abrir una brecha para potenciar su utilización en este contexto clínico.

ORIENTACIONES ACTUALES DEL ESTUDIO

El estudio piloto expuesto en esta ponencia permitió avalar la utilidad del protocolo de estudio realizado. Sin embargo, los resultados positivos pusieron en la mesa la necesidad de ampliar el estudio incluyendo otros aspectos no considerados en el diseño original que se están implementando en la actualidad. Por ello, se incluyeron las siguientes mejoras:

Estudio multicéntrico: En estos momentos el estudio tiene previsto extrapolarse a otras factorías de Airbus Group en España con la previsión de diseminación a plantas de otros países.

Evaluación de la validez de criterio del DE: Para poder establecer la validez de criterio del diagnóstico se han incluido en el estudio dos medidas de la calidad del sueño, el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (Buysse, Reynolds, Monk, Berman y Kupfer, 1989) en su versión española (Royuela y Macías, 1997) y el Cuestionario Oviedo del Sueño (Bobes, González, Sáiz, Bascarán, Iglesias y Fernández, 2000).

Mejor control de los sesgos inherentes al tipo de diseño: Se han introducido mejoras para el control de sesgos como el cegamiento de los enfermeros diagnosticadores y el apareamiento.

Ajuste del análisis: Se han introducido técnicas estadísticas específicas para producir análisis ajustados, como las regresiones logísticas múltiples para determinar la influencia de variables predictoras en el resultado del diagnóstico (tiempo en el turno, sexo, puesto de trabajo, etc.).

Optimización de los datos recogidos: Se ha pensado en la posibilidad de validar otras condiciones etiológicas del diagnóstico que pudieran estar presentes en los pacientes del grupo de los casos excluidos del estudio por la presencia de otro FR.

Además este proyecto ha propiciado la puesta en marcha de nuevos proyectos relacionados con el tema como la validación del resultado NOC "Sueño" (Moorhead, Johnson, Mass y Swanson, 2013) y la intervención NIC "Mejorar el Sueño" (Bulechek, Butcher, Dochterman y Wagner, 2013) y su adaptación, si fuese necesario, para su aplicación en cuidados de salud laboral.

IMPPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA Y PARA LA DISCIPLINA

Los resultados anteriores se corresponden con el estudio piloto de un proyecto más extenso que pretende la validación clínica del contenido del DE NANDA-I Insomnio en población laboral y de la turnicidad como factor relacionado de éste. Los resultados preliminares que se presentan aportan evidencia sobre este segundo aspecto.

La asociación significativa encontrada entre el factor etiológico y la presencia del diagnóstico, y de la mayor parte sus CD, en la muestra estudiada aporta indicios que avalan la validez del trabajo a turnos como FR del DE Insomnio en su aplicación a un contexto laboral real. El control de posibles factores de confusión, en forma de otras posibles etiologías del insomnio, legitima la fuerza de asociación encontrada entre FR y diagnóstico. De confirmarse estos hallazgos servirían para incrementar el nivel de evidencia del DE, por lo que serán enviados al Comité de Desarrollo del Diagnóstico (DDC) de NANDA-I.

Aunque se tiene conocimiento de que existen algunas experiencias sobre el tema desarrollándose en la actualidad, en la amplia bibliografía internacional consultada no se ha detectado ningún estudio publicado que pretenda la validación de un DE en el ámbito de la salud laboral lo que ofrece novedad y relevancia al proyecto del que se extrae esta ponencia.

La implicación de la enfermería del trabajo en la aplicación del proceso enfermero y de las taxonomías disponibles en su práctica diaria es fundamental para el desarrollo científico y profesional de esta especialidad. La implementación en lenguajes enfermeros en salud laboral puede ser un vehículo para la identificación y sistematización de nuevas competencias profesionales que, en muchos casos, responden a demandas de cuidados de los pacientes no cubiertas en la actualidad. Además, esto redundaría en una mejora de la atención de los trabajadores, apoyando la asistencia en un método sistemático de provisión de cuidados basado en el razonamiento científico y la evidencia disponible que además permitiría la homogenización de la forma de denominar el cuidado y, con ello, la investigación. En este sentido se hace necesaria la investigación en salud laboral sobre DE y el desarrollo de nuevos diagnósticos adaptados a las respuestas humanas que son condicionadas por factores laborales y que son

competencia de la Enfermería del Trabajo. Especialmente se hace prioritaria la atención a los diagnósticos potenciales por la orientación preventiva de esta especialidad.

CONCLUSIONES

El trabajo a turnos tiene repercusiones en la salud de los trabajadores. Los trastornos del sueño son la queja más frecuente. El diagnóstico enfermero "Insomnio" incluye como factor relacionado el deterioro del patrón del sueño normal por causa del trabajo por turnos (Herdman, 2012). Sin embargo, el diagnóstico presenta aún bajo nivel de evidencia, lo que hace necesaria más investigación. Los resultados preliminares del estudio aportan evidencia empírica preliminar que avalan la validez de la condición "trabajo a turnos" como factor relacionado del diagnóstico enfermero insomnio cuando se aplica a un contexto laboral real.

El estudio presentado en esta ponencia fue galardonado con el premio "Derek Hoy" al mejor póster científica en la 9ª Conferencia Europea de la Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes (ACENDIO) celebrada del 21 al 23 de marzo de 2013 en Dublín (Irlanda).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arendt, J. (2010). Shift work: coping with the biological clock. *Occupational Medicine*, 60(1), 10-20. doi:10.1093/occmed/kqp162o
- Bobes, J., González, M. P., Sáiz, P. A., Bascarán, M. T., Iglesias, C., y Fernández, J. M. (2000). Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. *Psicothema*, 12, 107-112.
- Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J. y Wagner, C. (Eds) (2013). *Nursing interventions classification (NIC)* (6a ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R. y Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28, 193-213.
- Chaves, E. C. L., Carvalho, E. C., Rossi, L. A. (2008) Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(2), 513-520.
- Dhande, K. K. y Sharma, S. (2011). Influence of shift work in process industry on workers' occupational health, productivity, and family and social life: An ergonomic approach. *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing & Service Industries*, 21, 260-268.
- Driesen, K., Jansen, N.W., van Amelsvoort. L.G. y Kant, I. (2011) The mutual relationship between shift work and depressive complaints – A prospective cohort study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 37(5), 402-410.

Erren, T.C. (2013) Shift work and cáncer research: can Chronotype predict susceptibility in night-shift and rotating shift workers?. *Occupational and Environmental Medicine*, 70, 283-284.

Herdman, T. H. (Ed) (2012). *NANDA International Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación*, 2012-2014. Madrid: Harcourt.

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) (2012). VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 2011. Madrid: INSHT.

International Agency for Research on Cancer (IARC). Painting, firefighting, and shiftwork. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risk to Humans, vol. 98. Lyon: WHO/IARC.

Lopes, J. L, Altino D. y Silva de Cássia, G. E. (2010). Content validation of current and new defining characteristics of the nursing diagnosis: decreased cardiac output. *Acta paulista de enfermagem*, 23(6), 764-768.

Lopes, M. V. O., Silva, V. M., y Araujo, T. L. (2013). Validation of nursing diagnosis: challenges and alternatives. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(5), 649-655.

Lunney M. (2011). Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos. Estudio de casos y análisis de enfermería. Madrid: Elsevier España.

Moorhead, S., Johnson, M., Mass. M. y Swanson, E. (Eds) (2013). *Nursing outcomes classification (NOC): Measurement of health outcomes* (5a ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.

Morin, C. M., LeBlanc, M., Daley, M., Gregoire, J. P. y Merette, C. (2006). Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Medicine* 7 , 123–130.

Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1990). *Night Work Convention*. Ginebra: OIT.

Paloma-Castro, O., Romero-Sánchez, J. M., Paramio-Cuevas, J. C., María Pastor-Montero, S., Castro-Yuste, C., Frandsen, A. J., Albar-Marín, M. J., Bas-Sarmiento, P. and Moreno-Corral, L. J. (2013), Nursing Diagnosis of Grieving: Content Validity in Perinatal Loss Situations. *International Journal of Nursing Knowledge*. doi:10.1111/2047-3095.12015

Puttonen, S., Harma, M. y Hublin, C. (2010). Shift work and cardiovascular disease – Pathways from circadian stress to morbidity. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 36(2), 96-108.

Rothman K. J., Greenland, S. y Lash, T. L. (2008). *Modern Epidemiology*. 3a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Royuela, A. y Macías, J. A. (1997). Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburgh. *Vigilia-Sueño*, 9, 81-94.

Sánchez-Ayllón, F., Rojas Navarrete, J., de Souza-Oliveira, A. C., Carrillo-Izquierdo, M. D., Morales-Moreno, I., Giménez-Fernández, M. (2013). Nivel de conocimientos y grado de aplicación de la metodología enfermera en Salud Laboral. En: Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE) (Eds). (2013). IX Jornadas de Trabajo AENTDE. "Construyendo estructuras de investigación". Barcelona: AENTDE.

Van Dongen, H. P. (2006). Shift work and inter-individual differences in sleep and sleepiness. *Chronobiology International*, 23, 1139-1147.

Vogel, M., Braungardt, T., Meyer, W. y Schneider, W. (2012). The effects of shift work on physical and mental health. *Journal of Neural Transmission*, 119(10), 1121-1132.

Wagstaff, A.S. y Sigstad Lie, J-A. (2011). Shift and night work and long working hours, a systematic review of safety implications. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 37(3), 173-85.

TODO HA CAMBIADO... ¿O NO?

AUTOR

Luis Francisco Torres Pérez. Enfermero de la Unidad de Evaluación y Resultados: Hospitales Universitarios Virgen de la Victoria y Regional de Málaga.

INTRODUCCIÓN

Cuando en el año 2009 otros sistemas sanitarios hablaban de desinversión en sanidad o de efectividad (o cruda eficiencia), y la dialéctica del podar o talar estaba instaurado en la mayoría de los sistemas con base pública de la Europa más desarrollada, de la que en aquellos años formábamos parte, nosotros no pensábamos que el tsunami sería capaz de tumbarnos. Nos parapetamos tras una monolítico Sistema Sanitario Público, que entendíamos rocoso e inamovible, imperturbable adalid del sacrosanto Estado del Bienestar, que fue derribado como ídolo con pies de barro(1).

Y llegó la crisis...y nos tocó no solo talar –algunos con nuestras propias manos- sino incluso arrancar las raíces de ese árbol hermoso y robusto que era nuestro Sistema Sanitario Público de Andalucía –o eso nos parecía-, para alimentar, con su escaso poder calorífico, la mortecina caldera que sostenía la maquinaria económica de nuestra autonomía(2).

Supimos de primera mano que era eso del rigor presupuestario, y nos convertimos en expertos economistas y exégetas de la macro y microeconomía, y de los entresijos de los capítulos I y II. Se hicieron corpóreos antiguos fantasma: el copago, la redefinición (a la baja) de la cartera de servicios, la desaparición de prestaciones (Dependencia, ayuda por hijo...)(3). En fin todo cambió, o ¿no todo?

Pese a todo, el progreso que ha experimentado la atención sanitaria en los últimos años es indiscutible. La enorme capacidad diagnóstica que proporcionan las nuevas tecnologías y la evolución constante del arsenal terapéutico disponible, son logros incontrovertibles. Además la consolidación del Estado del Bienestar, trajo consigo la universalización de la asistencia y las mejoras a los índices epidemiológicos y sociosanitarios.

Y con todo ello, desde que Sackett y Haynes en los años 70 identificaran que la mitad de los pacientes crónicos no seguían su tratamiento, la situación parece no haber cambiado demasiado y sugiere que los pacientes crónicos no se benefician de los avances farmacológicos y el desarrollo de los sistemas sanitarios. La OMS evidencia profundas carencias en el abordaje estos procesos, sobre todo en la promoción del autocuidado y el problema adquiere cada vez mayor envergadura conforme aumenta la incidencia de las condiciones crónicas, como es el caso de España(4).

Nuestro sistema sanitario fue diseñado para atender pacientes agudos, con factores de éxito basados en diagnósticos certeros y conocimientos específicos. Desde entonces y de forma

progresiva nuestro perfil de los pacientes ha cambiado sustancialmente. La mayoría son pacientes crónicos, que presentan fundamentalmente reagudizaciones de su cronicidad, y por ello requieren una atención aguda delimitada en el tiempo y cuidados posteriores, integrales y a lo largo del tiempo, resituando el papel del hospital como un dispositivo más del sistema sanitario y reorientando el protagonismo del seguimiento –y la inversión- en la atención primaria(5).

Las personas con múltiples enfermedades crónicas representan más del 50% de la población con enfermedades crónicas. Los costes en los pacientes con más de una enfermedad crónica llegan a multiplicarse por 6 respecto a los que no tienen ninguna o solo tienen una. Una muestra de ello es que, en la actualidad, dos tercios del gasto sanitario de algunas organizaciones está motivado por los pacientes con cinco o más enfermedades crónicas multiplicando estos pacientes por diecisiete el gasto sanitario y por veinticinco el gasto hospitalario (THE DRIVERS OF PUBLIC EXPENDITURE ON HEALTH AND LONG-TERM CARE: AN INTEGRATED APPROACH. OCDE 2006)

Pese a ello los modelos de práctica clínica siguen anclados en una perspectiva finisecular de la asistencia sanitaria(6), y como mucho plantean opciones privatizadoras o piruetas organizativas(7), de dudosa efectividad(8). Organizaciones mal orientadas o con perspectivas obsoletas, responden mal ante situaciones complejas plagadas de incertidumbre. La iteración de modelos inválidos -cuando los problemas crónicos mandan, los modelos de atención a agudos no sirven-, lleva a la ineffectividad; y la improvisación a la variabilidad en la respuesta –y no hablemos de los resultados. Tachados de insostenibles nuestros sistemas de salud lo que presentan es un profundo estado de desorientación(9).

Resumiendo, que nos encontramos en una situación de crisis, en la que se movilizan recursos de todos los escenarios con objeto de rellenar el agujero de nuestra economía. Pero los modelos de asistencia, más allá del recorte, permanecen invariables, obstinados en un enfoque tradicional y miope, donde la persona no se considera un agente moderador efectivo (y activo) de su salud.

HAY ALTERNATIVA... PERO HAY QUE TENER VISTA PERIFÉRICA

Hablemos de las personas, en vez de los sistemas o la balanza de pagos.

La provisión de servicios adaptada a estas personas resulta difícil establecer un proceso predominante, ya que todas las enfermedades que coexisten son similares en cuanto a su potencial para desestabilizar a la persona, a la vez que generan importantes retos en cuanto a su gestión. Los pacientes que padecen varios procesos crónicos con síntomas continuados y frecuentes exacerbaciones generan una demanda de atención que no encaja en los servicios tradicionales dentro del sistema sanitario. Y conforman un grupo que tiene una especial

predisposición a sufrir los efectos perjudiciales de la fragmentación y la superespecialización de los sistemas sanitarios tradicionales.

Todo ello cuando se sabe de manera fehaciente, que el modo de vida y el comportamiento, así como los modos de afrontamiento de la enfermedad, son factores determinantes primarios de estas condiciones con el potencial de prevenirlas, iniciarlas, o aumentarlas, conjuntamente con las complicaciones de las que se acompañan(10). La carga de la enfermedad no solo depende de los problemas de salud, sino también de circunstancias sociales, culturales y medioambientales. No se puede negar que estas acelerarán o retardarán la evolución natural de los procesos, y pueden explicar las consecuencias diferentes que situaciones clínicas idénticas tienen para distintas personas(11).

Pese a ello el profesional de la salud – o al menos la mayoría- carece de herramientas y pericia para abordar o monitorizar estos cambios de comportamiento o adaptación de las personas y su entorno. Las organizaciones emplean una fuerza laboral capacitada para atender casos agudos, su formación y orientación profesional así lo aseguran. Sin embargo, esto no es suficiente para controlar las condiciones crónicas. Existe un conocimiento especializado para el manejo de los problemas crónicos y para modificar el comportamiento de pacientes asociado a la autogestión: herramientas y técnicas que mejoran el seguimiento de tratamientos y para la aplicación de otras estrategias de autocuidado por parte del paciente. Pero los profesionales sanitarios, en su mayoría, no están “expuestos” a tan benéfica influencia, que les permitiría colaborar eficazmente con los pacientes y funcionar como equipos de atención de salud (Informe OMS. 2002)

Como afirma Corbin, la atención a pacientes crónicos precisa un abordaje flexible, individualizado, adaptando el cuidado de la Salud a las distintas fases de la enfermedad, las necesidades de la persona, sus intereses, sus seres queridos y el medio cultural en el que hay que proveer la atención(12). La enfermera está naturalmente dispuesta para garantizar muchas de estas premisas, por su anclaje a un enfoque humanístico, donde la comprensión de la vivencia de la enfermedad y de la situación de dependencia, así como las respuestas humanas que emergen en esta situación, guían la toma de decisiones, independientemente del proceso médico que se trate.

Nuevos desafíos requieren nuevas soluciones, o al menos enfoques diferentes. Este proyecto pretende hacerse eco de esta propuesta interdisciplinar de la OMS –y que desarrolla en la línea orientada a la promoción del seguimiento terapéutico-para abordar un problema que esta mediatizando la capacidad de desarrollo de los Sistemas de Salud, e hipotecando su sostenibilidad. Aproximándose al problema desde el punto más extremo del sistema: justo donde desembocan y se manifiestan la mayoría de las causas descritas, es decir, en la atención urgente. Se ha comprobado cómo un enfoque de atención integral, coordinando los procesos

asistenciales entre niveles para pacientes crónicos, reduce notablemente el consumo de visitas a urgencias(13).

Los modelos de atención que se proyectan hacia la capacitación de la persona, hacia la búsqueda de la mayor independencia y autoeficiencia posible se revelan día a día como herramientas muy valiosas. Centrar el objetivo de intervención en hacer más eficiente a la persona con proceso crónico y a su entorno, puede liberar recursos de estos espacios donde el tratamiento mal gestionado ocasiona graves consecuencias.

La gestión de pacientes crónicos se centra con frecuencia en la solución de la reagudización, y la rápida derivación al entorno primario, actuación coincidente con los valores transmitidos a la ciudadanía de rapidez y orientación hacia los problemas que ponen en peligro la vida. Estos modos con frecuencia establecen circuitos aberrantes donde el usuario encuentra un atajo para solucionar lo que él entiende como problema principal, sin las exigencias ni responsabilidades que pretender potenciarse en AP, y que suponen para este trabas o complicaciones(14). Conocer cuántos pacientes crónicos emplean las urgencias como elemento homeostático para mantener su nivel funcional sin modificar sus patrones de vida o adaptación a la enfermedad es una necesidad insatisfecha en nuestro medio. Esto convierte a los SCCU (Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias) en observatorios de primer orden para evaluar, de alguna manera, el grado de asociación entre esta realidad y los modos de utilización de los recursos sanitarios por los pacientes crónicos. De esta forma estaremos dando los primeros pasos para un abordaje integral de un fenómeno cuya magnitud no deja de aflorar diariamente en todos los foros de salud.

Si las intervenciones en salud son más efectivas cuanto más precoces, parece evidente que si las primeras reagudizaciones son con frecuencia detectadas en los SCCU, y estas a su vez suelen estar relacionadas con manejos ineficaces del tratamiento o incumplimientos, los programas que desde estas unidades o en coordinación con ella se establezcan pueden producir cambios determinantes en los indicadores de salud de la población a su cargo. Más allá de subsanar demandas podemos vislumbrar, filiar y sobre todo contribuir a gestionar con mayor eficiencia, el caudal de información que nos brinda el usuario. Y paralelamente seremos capaces de actuar proactivamente en estos entornos abocados a un crecimiento inflacionario, donde la ineficiencia trata de ser subsanada con la hipertrofia, a un elevado coste.

Y hete aquí un área de conocimiento con un feraz desarrollo, que ha crecido exponencialmente tanto desde el punto de vista curricular como investigador en las últimas décadas y que posee herramientas sensibles a mucho de los aspectos señalados.

El uso de los Sistemas de Estandarizados de Lenguaje Enfermero (SELE), desde la diagnóstica a la de resultados, es una opción real no teórica en la actualidad. Pero es posible que las

Urgencias permanezcan algo alejadas de estos progresos, sobre todo en nuestro entorno, donde, a tenor de la producción científica, son los profesionales de Atención Primaria quienes copan la mayoría de las aportaciones de relevancia. Pese a ello la primera conclusión al efecto, señala que la herramienta desarrollada al efecto en base al criterio de resultados enfermero, Conocimiento: Régimen Terapéutico (NOC 1813), es válido y aplicable al entorno asistencial de los SCCU. Y hay que destacar que fue muy bien aceptada por los profesionales y se integró sin mayores problemas en la práctica habitual de aquellos que fueron seleccionados para su participación en el estudio.

Desde el punto de vista de la fiabilidad, el instrumento ha mostrado un comportamiento muy sólido entre observadores, al igual que en la consistencia interna, a diferencia de otros instrumentos de evaluación indirecta. En cuanto a la validez, por una parte, la sensibilidad y especificidad obtenidas por el DecaMIRT (sensibilidad de un 78% y especificidad de un 81%), superan las cifras habituales de otros instrumentos de medición indirecta, aunque en muchos de ellos se limitaban a los aspectos farmacológicos y el patrón de comparación era el recuento de comprimidos, por lo que habría que comparar con cautela estas diferencias. Y en línea con otras herramientas basadas en los SELE(15).

Y los resultados de la investigación llevada a cabo muestran que riesgo de reingreso alcanzaba cifras casi cuatro veces mayores en los pacientes con MIRT, evaluado con el DecaMIRT, frente a los pacientes con manejo efectivo (buena adherencia). Así, la presencia de manejo inefectivo del régimen terapéutico (Gestión Ineficaz de la Propia Salud) se asociaba significativamente al desenlace combinado "ingreso hospitalario urgente y utilización de dispositivo de atención urgente/emergente"(4).

PROSPECTIVA

El destino de esta herramienta está en incluirse dentro de repositorio clinimétrico de las unidades que gestionen pacientes crónicos, sobretodo dirigido a las urgencias de los centros hospitalarios.

En la actualidad se emplea en diversos centros, y se ha postulado como herramienta a incluir en el desarrollo de la telecontinuidad de cuidados en Urgencias.

Pero el horizonte es más amplio, un recurso como este debería ser evaluado en todos los escenarios en busca de refinamiento o redefinición, cualquier elemento que ha superado el test de las Urgencias, tanto clínico como profesional (aplicación, contextualización, aceptación), debe ser considerado a nivel estratégico como un línea de desarrollo prometedor.

DecaMIRT

1. Descripción del proceso de la enfermedad
 2. Descripción de la justificación del régimen terapéutico
 3. Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual
 4. Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para las situaciones de emergencia
 5. Descripción de los efectos esperados del tratamiento
 6. Descripción de la dieta prescrita
 7. Descripción de la medicación prescrita
 8. Descripción de la actividad prescrita
 9. Descripción de los procedimientos prescritos
 10. Descripción de los beneficios del tratamiento de la enfermedad
-

Ilustración 1. DecaMIRT (basado en el NOC. 1813)

VALIDACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC RELACIONADOS CON EL DOLOR

AUTOR

José Carlos Bellido Vallejo.

Enfermero del Área Quirúrgica del Complejo Hospitalario de Jaén. Programa doctorado Ciencias de la Salud de la Universidad de Jaén

ANTECEDENTES

La NOC (Nursing Outcomes Classification)

La Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) se ha convertido en una importante herramienta metodológica. En los últimos años ha presentado un importante desarrollo, que ha permitido objetivar y dar consistencia a varias de las fases del proceso enfermero: valoración, planificación, evaluación.

La CRE hoy día está siendo un instrumento ampliamente utilizado por las enfermeras españolas. Poco a poco se ha incorporado a la formación e investigación, y de manera importante al trabajo clínico de las enfermeras en su aplicación en los planes de cuidados, para llegar a convertirse en un instrumento de amplio uso clínico, incluido de manera normalizada en los sistemas de registro y en las historias clínicas de muchos entornos asistenciales españoles.

El dolor

El dolor es un síntoma que acompaña a muchas situaciones de salud, y en sí mismo se convierte en un importante problema para las personas que lo padecen. Presenta una alta prevalencia, tanto en problemas médicos como quirúrgicos, ya sean agudos o crónicos. Aspecto muy relevante asociado al dolor es la importante repercusión en la vida de las personas que lo padecen, que implica no sólo al ámbito personal, sino también al laboral, social..., afectando el equilibrio de la persona en cualquiera de éstas esferas.

El dolor en la NOC.

La CRE incluye 6 resultados que abordan distintos aspectos relacionados con el dolor, en su quinta edición en inglés (2013) (1), son los siguientes: 1306 Pain Adverse Psychological Response; 1605 Pain Control; 1843 Knowledge: Pain Management; 2101 Pain Disruptive Effects; 2102 Pain Level; 3016 Client Satisfaction: Pain Management.

La versión española de la quinta edición CRE (2013) mantienen éstos seis resultados (2): 1306 Dolor: respuesta psicológica adversa; 1605 Control del dolor; 1843 Conocimiento: manejo del dolor; 2101 Dolor: dolor efectos nocivos; 2102 Nivel del dolor; 3016 Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor.

Línea de investigación

En base a los antecedentes anteriores nos encontramos con un importante desarrollo de la NOC que motiva una amplia utilización en el terreno clínico. Sin embargo, en España su utilización se está asumiendo sin adaptación cultural ni estudios previos de validación que pongan de manifiesto las propiedades psicométricas de los resultados y permitan a las enfermeras españolas una toma de decisiones basada en pruebas de fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio.

PROYECTO paiNoc

El proyecto de investigación "Validación de los cuestionarios relacionados con el dolor de la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) en el contexto español", plantea la hipótesis de que los resultados relacionados con el dolor de la CRE en su versión en español son instrumentos suficientemente fiables y válidos cuando son utilizados por enfermeras de nuestro entorno.

Los objetivos generales son: Realizar la adaptación cultural y verificar su equivalencia semántica; Estudiar la fiabilidad (concordancia interobservador y consistencia interna), Analizar la validez (de contenido, de criterio y de constructo) y Explorar la sensibilidad al cambio en la situación dolorosa de los pacientes.

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

Se plantea un estudio de investigación con tres fases consecutivas diferenciadas:

Fase 1. Adaptación cultural.

Proceso de traducción-retrotraducción, adaptación cultural y equivalencia semántica de los seis resultados:

Doble traducción versión de la versión inglesa (Nursing Outcomes Clasification, 4th ed.) al español. Una de las traducciones la realiza una enfermera bilingüe de lengua materna castellana. Como 2ª traducción se utiliza la versión publicada en la 4ª edición de la CRE. Se obtiene una versión consensuada en castellano (v1).

Retrotraducción. Un profesional bilingüe de lengua materna inglesa traduce la v1 al inglés, se compara con la versión original inglesa, analizando los términos y conceptos que no presentan la misma redacción. Se consensua una propuesta en inglés (v2).

Consulta autoras de la CRE. La versión retrotraducida es enviada a las autoras de la CRE (College of Nursing The University of Iowa) para constatar la concordancia. La v2 es revisada por Dra. Swanson que realiza diversas sugerencias sobre el significado de algunos términos que precisan revisión. Se genera versión adaptada al español (v3).

Cuando comenzó el estudio estaba publicada la 4ª edición CRE, versión sobre la que se comenzó a trabajar (3). Posteriormente, se realizó la adaptación cultural de todos los cambios que presentaron los seis resultados del dolor en la 5ª edición CRE, con lo cual las siguientes fases de investigación se basaron en la versión adaptada de la 5ª edición, actualmente vigente (2).

Fase 2. Validación de contenido.

Las versiones adaptadas culturalmente se someten a un panel de expertos españoles en dolor, para determinar la validez de contenido según el método propuesto por Lynn (4).

Se realiza una encuesta on-line a través de la plataforma SurveyMonkey®, siguiendo una técnica Delphi:

En la primera ronda se consulta a los expertos sobre lo apropiado que es cada uno de los indicadores al resultado y su definición. Además se solicita propuestas de nuevos indicadores clínicos útiles en la valoración de cada uno de los resultados y opinión sobre la aplicación del resultado en relación con la duración del dolor.

En la segunda ronda se ofreció información de los datos obtenidos en la primera ronda. Se sometió a valoración los nuevos conceptos sugeridos por el panel de expertos, adaptados a la estructura, orientación y escalas de medición del resultado al que pretendían incorporarse.

Se envió información a panel de expertos sobre los datos obtenidos de la segunda ronda de consenso.

Tercera ronda, sobre los cambios aparecidos en la 5ª edición (1). Se valoran los nuevos indicadores incorporados en la 5ª edición de la CRE en el resultado "Dolor: efectos perturbadores" siguiendo el mismo procedimiento que en las rondas anteriores.

El análisis del IVC del resultado y de los indicadores posibilitó la toma de decisiones para preparar las versiones que serían testadas en grupos de pacientes.

Fase 3. Prueba clínica.

Análisis de las propiedades psicométricas de las versiones obtenidas tras la adaptación cultural y la validación de contenido, mediante estudio de validación, con diseño observacional longitudinal multicéntrico.

Tomando en consideración la opinión del panel de expertos sobre la posible aplicación del resultado en relación con la duración del dolor de los pacientes, los seis resultados se organizaron en tres grupos:

Dolor Agudo	Dolor Crónico (A)	Dolor Crónico (B)
Nivel del dolor	Control del dolor	Conocimiento: gestión del dolor
	Dolor: efectos psicológicos adversos	Satisfacción del paciente/usuario: gestión del dolor
	Dolor: efectos perturbadores	

Cada uno de los grupos se plantea estudiarlo en una población distinta y en una fase de investigación separada.

“El grupo de Dolor Agudo” en población de pacientes hospitalizados en unidades donde el dolor agudo presenta una alta prevalencia (URPA, UCI, Urgencias, Oncología, y unidades de hospitalización como cirugía, traumatología y ortopedia).

El grupo de “Dolor Crónico (A)” en población de pacientes que presentan dolor de larga evolución atendidos en atención primaria en la provincia de Jaén.

El grupo “Dolor Crónico (B)” en población de pacientes hospitalizados (Oncología), pacientes ambulatorios en unidades de dolor crónico (Clínica del dolor) y pacientes atendidos en atención primaria, con dolor de larga evolución en las provincias de Jaén y Granada.

En cada uno de los grupos se plantean dos muestras:

Muestra de enfermeras, fueron seleccionadas a conveniencia en función a su disposición a colaborar y de la unidad hospitalaria o centro de salud a la que estaban adscritas. Fueron instruidas sobre el proyecto y los requerimientos de la recogida de datos.

Muestra de pacientes, fueron seleccionados por las enfermeras, las cuales verificaban los criterios de inclusión y los invitaban a participar. Cuando aceptaban firmaban un consentimiento informado y quedaban incluidos en el estudio.

Las enfermeras eligen el mejor momento para realizar la recogida de datos, siguiendo un procedimiento que incluye:

Cumplimentación de un cuestionario sociodemográfico sobre el paciente.

Formulario auto-administrado que cumplimenta el paciente previo a la entrevista con las enfermeras.

Primera valoraron del dolor. Dos enfermeras realizan entrevista al paciente, valoran los indicadores y emiten un juicio clínico sobre el resultado. Esta valoración por pares es utilizada para estudiar la fiabilidad y validez.

Segunda valoración del dolor. Pasado un tiempo, variable en función del grupo de pacientes estudiado, una de las dos enfermeras que participa en la primera valoración vuelve a valorar los indicadores y a emitir un juicio clínico sobre el resultado. Esta segunda valoración del dolor servirá para estudiar la sensibilidad al cambio de los resultados.

Consideraciones éticas. Permiso del Comité de Ética de la Investigación de las provincias de Jaén y Granada. Consentimiento informado para enfermeras y pacientes.

Análisis de datos. Estadísticos descriptivos. Índice de Validez de contenido, según método propuesto por Lynn para el cálculo de la validez de contenido. Estadístico alfa de Cronbach para la consistencia interna. Coeficiente kappa de Cohen para la concordancia inter-observadores. Análisis factorial exploratorio para la validez de constructo. Coeficiente de correlación de Spearman para la validez de criterio. Prueba de rangos de Wilcoxon y análisis de la varianza de una vía para el cálculo de la sensibilidad al cambio.

UTILIDAD E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA

La utilización de resultados incluidos en la CRE requiere de un proceso de adaptación cultural que permita obtener versiones con equivalencia semántica. Esto es requisito aceptado para la utilización de cuestionarios en países y culturas distintos de donde se crearon (5), que no debería pasarse por alto con la CRE. La traducción directa (equivalencia lingüística/literal) realizada en la versión española de la CRE, en algunos casos deja conceptos difíciles de entender que limitan la adecuada aplicación de los resultados a la población española. En este estudio los seis resultados del dolor han presentado diversos cambios con respecto a la versión publicada, en las etiquetas, definiciones, indicadores o escalas. Si bien algunos cambios se pueden considerar menores, permitiendo ajustar mejor un término, como por ejemplo, la etiqueta del resultado Knowledge: Pain Management (en la 5ªed CRE=Conocimiento: manejo del dolor, en paiNoc=Conocimiento: gestión del dolor) otros son sustanciales, transformando completamente el sentido del concepto que las enfermeras han de aplicar a sus pacientes, como por ejemplo el indicador "Pacing" del resultado Nivel del dolor (6).

Las propiedades psicométricas de los resultados deben ser estudiadas en la población donde éstos se pretenden aplicar. Conocidas por las enfermeras, su toma de decisiones podrá estar basada en pruebas.

En éste sentido conocer cómo de precisos son los resultados, cuanto error aleatorio presentan, cómo de consistentes se muestran, cómo de bien representan el constructo que pretenden medir, cómo correlacionan con otros criterios, el tipo de estructura u organización interna que tienen o cómo de sensibles se muestran a los cambios en la situación dolorosa de los pacientes; hará que las decisiones de la enfermera en la elección del resultado, en la selección de

indicadores, clave o grupos homogéneos, sea mucho más precisa, mejor ajustada a las expectativas y necesidades de sus pacientes y más acorde con sus posibilidades asistenciales.

Son pocas las investigaciones que estudian las propiedades psicométricas de los resultados en el entorno hispano-hablante, y ninguna conocida que aborde conjuntamente adaptación cultural, fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio. Este estudio se posiciona en un terreno de interés para futuras investigaciones, la acumulación de pruebas de fiabilidad, validez y sensibilidad de futuros estudios, no harán otra cosa que aumentar en el conocimiento de los resultados de la CRE, dotar a las enfermeras de mejores herramientas para la valoración, planificación y evaluación de sus pacientes, y en estos aumentar su participación, expectativas y satisfacción con los cuidados recibidos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Nursing outcomes classification (NOC). 5ª ed. St. Louis, Missouri: Mosby; 2013.
- (2) Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
- (3) Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
- (4) Lynn MR. Determination and quantification of content validity. Nurs Res. 1986 ; 35:382-6.
- Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. Measurement in nursing and health research. 4th ed. New York: Springer Publishing Company; 2010.
- (5) World Health Organisation. Process of translation and adaptation of instruments. http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/index.html#. Updated 2013. Accessed March/12, 2014.
- (6) Bellido-Vallejo JC, Rodríguez-Torres MdC, López-Medina IM, Pancorbo-Hidalgo PL. Adaptación cultural y validación de contenido del resultado «Nivel del dolor» de la clasificación de resultados de enfermería. Enferm Clin. 2013 ; 23(4):154-159. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.06.004>.

EFFECTIVIDAD DEL LENGUAJE ESTANDARIZADO EN EL PACIENTE DIABÉTICO

AUTOR

Juan Cárdenas Valladolid

Unidad de Apoyo Técnico, Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España. Profesor Universidad Alfonso X el Sabio.

LA PONENCIA

El motivo por el que tan amablemente he sido invitado por el Comité organizador del X Symposium Internacional de AENTDE, es el compartir con Uds. algunos de los resultados de la investigación realizada , en un periodo de cinco años, en el que hemos estimado el impacto de los cuidados enfermeros en dos cohortes de pacientes diabéticos, entendiendo por "impacto" los resultados intermedios y finales en salud identificados en ambas cohortes después de un seguimiento en la consulta de Atención Primaria (AP) de enfermería, y en un entorno de práctica clínica habitual.

En ambas Cohortes se han aplicado cuidados enfermeros, la diferencia en estos cuidados tenía que ver con el uso y documentación o no, del método científico, sustentado en los registros normalizados que permiten las taxonomías enfermeras.

Conseguimos financiación del Fondo de Investigación Sanitario (FIS) y culminamos los dos primeros años de seguimiento con un artículo publicado en una revista internacional con un alto factor de impacto (Plos One, FI:4 , 35).

Las conclusiones de esta primera fase del proyecto las expondré en la segunda parte de mi ponencia , en esta primera quisiera explicarles los antecedentes del estudio, que se correlacionan con el desarrollo de nuestra disciplina en estos últimos años , un camino complejo y no exento de dificultades, que gracias al trabajo y a la perseverancia de los profesionales de enfermería, el escenario actual es muy diferente al de hace no muchos años , se abren grandes expectativas para los profesionales expertos y un brillante futuro para las nuevas enfermeras y enfermeros que se incorporan al mundo de la enfermería profesional: logros académicos (grado, master y doctorado, sin necesidad de incursionar en otras disciplinas para su obtención) y logros asistenciales (especialidades enfermeras , acceso a la alta gestión sanitaria).

EL PRINCIPIO

En el año 2006, 5 años después de las transferencias de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, muchas de ellas estaban trabajando en el desarrollo de su propia Historia Clínica Informatizada (HCI) de AP. Un hito importante para todos los profesionales de enfermería y medicina de esta área de especialidad. Las Direcciones de Enfermería de las Áreas

de AP, desarrollaban estrategias para garantizar la formación de los profesionales en las nuevas taxonomías enfermeras, con la finalidad de normalizar el lenguaje, introducirlo en la HCI, para facilitar el registro y la documentación de los cuidados enfermeros en la historia de salud de los pacientes y visibilizar el trabajo de las enfermeras en el equipo de AP (EAP).

A algunos enfermeros que trabajábamos en estas estrategias, nos surgían dudas razonables en relación a la evidencia que sustentaba estas actuaciones y que planteaban aspectos muy innovadores pero no menos cuestionados para la profesión. Podría resumir en dos preguntas los temas más discutidos:

INNOVAR

¿Hay diferencias en la salud de los individuos tratados por enfermeras expertas en el manejo del lenguaje normalizado con respecto a las que son atendidos por enfermeras que no los conocen y aplican los cuidados tradicionales?

¿Puede ser la HCI una buena fuente de datos para la investigación epidemiológica?

En aquel año, estas preguntas convertidas en hipótesis de trabajo en la investigación, pretendían evidenciar la afirmación de ambas. Eran innovadoras debido a la inexistencia de estudios que pudieran contestarlas.

Las hipótesis se plasmaron en un proyecto de investigación cuya finalidad inicial fue su presentación en una Tesina para el trabajo final del Diplomado en Sanidad que realicé en el año 2006, y que se tituló:

“IMPACTO DEL TRABAJO ENFERMERO, BASADO EN LA METODOLOGÍA CIENTÍFICA, EN EL BUEN CONTROL DE LOS USUARIOS DIABÉTICOS DEL ÁREA 4 DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID”..

El proyecto no tuvo buena aceptación por parte de algunos miembros del Tribunal que lo evaluó.

La primera hipótesis fue cuestionada bajo el punto de vista metodológico: “Conceptualmente, no está claro que son los Planes de Cuidados aplicados con Metodología Científica (PCEMC) y no se identifica claramente cuál es la variable independiente principal”; con respecto a la segunda pregunta de investigación, se dudó de la validez y fiabilidad como fuente de información para la investigación, de una base de datos obtenida de la HCI y cuyos registros se realizaban en práctica clínica habitual.

El Tribunal cuestionó severamente la viabilidad del proyecto y lógicamente la posibilidad de que, en el caso de realizarse, pudiera ser aceptado para su publicación.

PERSISTIR

Animado por una parte del Tribunal y por la propia evidencia (la falta de evidencia) de la necesidad de contestar a estas preguntas, en el año 2007 junto a un equipo multidisciplinar de investigadores, presentamos un proyecto de investigación para obtener financiamiento del Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) titulado "IMPACTO DEL TRABAJO ENFERMERO, BASADO EN LA METODOLOGÍA CIENTÍFICA, EN EL BUEN CONTROL DE LOS USUARIOS DIABÉTICOS DEL ÁREA 4 DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID... El proyecto fue aceptado (FIS PI070865) y financiado para un periodo de 3 años y después ampliado hasta una duración total de 4 años.

APRENDER, TRABAJAR Y DEMOSTRAR

Aprendimos y seguimos los consejos de los miembros del tribunal y de otros investigadores: trabajamos en la validación de los datos de la HCI, en un proyecto secundario al descrito previamente y que tenía por finalidad validar la migración de los datos y dos diagnósticos médicos especialmente relevantes para nuestro proyecto originario: Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensión Arterial (HTA), documentados por médicos y enfermeras en la HCI.

El estudio concluyó que el 100% de los datos migraron adecuadamente y se identificó una sensibilidad para el diagnóstico de DM de un 99,3% y de un 80,9% para HTA. La especificidad fue del 98,1% para DM y del 99,2% para HTA. En ambos casos la concordancia interobservadores, medida con el índice kappa, obtuvo muy buen grado de acuerdo. Se puede afirmar que los diagnósticos de DM y HTA registrados en las HCI de AP son datos válidos para llevar a cabo estudios epidemiológicos y de efectividad.

El estudio fue publicado en el año 2011 (1) y a día de hoy ha sido citado por 16 autores en su publicaciones, convirtiéndose en un referente para todos los proyectos sobre DM e HTA cuya fuente de datos primaria sea la HCI de la Comunidad de Madrid y para los que tengan la misma línea de investigación en otras comunidades o países.

Durante los años 2009 y 2011, nuestro grupo investigador, trabajó en proyectos de investigación cuya fuente de datos fue la HCI. Todos culminaron con publicaciones en revistas científicas nacionales e internacionales. Los temas que se investigaron estaban relacionados con el anciano polimedicado (premio al mejor artículo publicado en la Revista de Calidad Asistencial año 2009) (2); prevención de la DM (3); pacientes inmovilizados y polimedicados (4), este artículo ha sido citado por 17 autores en publicaciones posteriores y una cita especialmente relevante es la realizada por Greene y Kesselheim (2011) (5) en el The New England Journal of Medicine

Y DEMOSTRAR...

En el año 2012 publicamos los resultados de los 2 primeros años de seguimiento del proyecto sobre la efectividad de los PCEMC en los pacientes diabéticos del Área 4 de A.P. de Madrid. El artículo (6) fue publicado en la revista open access "Plos One" que, como mencioné anteriormente, tiene un FI de 4 , 35. A día de hoy, el artículo ha tenido más de 4600 accesos.

EL ESTUDIO

Introducción/Justificación

La Diabetes Mellitus (DM) afecta a más de 285 millones de personas en el mundo, y se estima un incremento hasta alcanzar más de 380 millones para el año 2025; lo que constituye una auténtica epidemia del siglo XXI (7). Se considera uno de los principales factores de riesgo (FR) para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (8), que provoca un incremento de la morbi-mortalidad en población adulta (9).

La Hemoglobina glicosilada (HbA1c) y su mal control se relaciona con el incremento de las complicaciones crónicas de la DM, sobretudo con los accidentes cerebro vasculares (ACVA) y la enfermedad coronaria (10 , 11 , 12 , 13), por lo que se convierte en un excelente indicador de resultado intermedio de salud.

En la actualidad, la responsabilidad del cuidado de los pacientes con DM con el objetivo de evitar las posibles complicaciones por el mal control de la enfermedad , se ha trasladado a los centros de atención primaria y, más concretamente, a las enfermeras (14). Estos profesionales asumen la aplicación de cuidados en los pacientes más vulnerables y dependientes (crónicos, inmovilizados)(15) y la Ley les otorga la dirección y prestación de los cuidados encaminados a la promoción, prevención mantenimiento y recuperación de la salud (16).

En la última década, ha habido un enorme desarrollo en la implementación de lenguajes estandarizados en los Planes de Cuidados de Enfermería (PCE) en AP y en su incorporación a la HCI, normalizando y sistematizando el proceso de valoración diseñando formularios estructurados por Patrones Funcionales de Marjory Gordon (PFdMG) (17) , la formulación de los diagnósticos de enfermería con la taxonomía de NANDA-I (18) y las intervenciones de Enfermería, mediante la taxonomía de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (19). En España desde 1998, estas taxonomías se han incorporado progresivamente a la práctica clínica habitual codificándose y documentándose en la HCI. Sin embargo, su uso es muy heterogéneo por parte de los profesionales de enfermería y algunos estudios afirman que todavía no existe un lenguaje común en el ejercicio de la enfermería española (20)

Hay evidencia que permite afirmar que el manejo sistemático de las taxonomías mejora la calidad de la documentación, posibilitando estudios de prevalencia diagnóstica, aumentando el

nivel de conocimientos y visualizando, para el resto de profesionales y la sociedad, la labor de la enfermería (21,22,23,24)

Pero, en relación a la efectividad de la metodología científica en pacientes diabéticos, no se han encontrado estudios consistentes al respecto. Existen, a nivel internacional, pocos estudios que se hayan planteado dicha hipótesis pudiéndose citar los más recientes de Mullen et al (2006) y Mackey et al (2005), que logran demostrar buenos resultados de los planes de cuidados enfermeros estandarizados en diabéticos, si bien en muestras muy reducidas de pacientes (25,26).

Parece evidente que la implementación de los PCEMC permite una mayor funcionalidad y eficiencia en la gestión de datos de enfermería, pero la posible relación entre los PCEMC y los resultados en salud de los pacientes sigue siendo incierta (27 , 28) .

El estudio realizado pretende medir la efectividad de los planes de los PCEMC científica sobre una de las patologías más prevalentes y con mayor carga de trabajo para las enfermeras de Atención Primaria: la DM.

Hipótesis Conceptual

Los PCEMC tienen impacto positivo en la evolución clínica de los enfermos diabéticos, mejorando sus resultados intermedios y finales de salud (eventos cardiovasculares y muertes) en comparación con los enfermos diabéticos atendidos con Planes de cuidados sin Metodología Científica (No PCEMC).

Objetivos principales

Evaluar la efectividad de los PCEMC:

- 1.- Expresada por el cambio de HbA1c,
- 2.- Por la incidencia de los eventos cardiovasculares (ACVA e IAM) y los éxitos en la población de diabéticos del Área 4 de AP de Madrid, atendida en condiciones de práctica clínica habitual durante el período de seguimiento.

Objetivos secundarios

1. Analizar la efectividad, expresada por el cambio de LDL-colesterol, de los PCEMC.
2. Analizar la efectividad, de los PCEMC, en el "buen control metabólico" (HbA1c < 7% y LDL-colesterol < 100 mg/dl) de los pacientes con diabetes.
3. Estudiar la efectividad de los PCEMC en la variable Índice de Masa Corporal (IMC) y Tensión arterial.
4. Evaluar la proporción de sujetos con HbA1c <= 7% y <=8%, en ambas cohortes

Diseño

Estudio de Cohortes, prospectivo, de 48 meses de evolución, entre marzo de 2008 y febrero de 2012

Los usuarios expuestos son los diabéticos que, a fecha 01-06 de 2007, han recibido en algún momento PCMC.

Los usuarios no expuestos se identifican porque sus registros no cumplen los criterios de exposición a PCMC

Ámbito de estudio

Multicéntrico (21 Centros de Salud) del Área 4 del Servicio Madrileño de Salud, con 1040 profesionales de los que 300 son enfermeras; 570.555 habitantes, entre los que 24.124 están diagnosticados de DM.

Diagrama de Flujo de Participantes

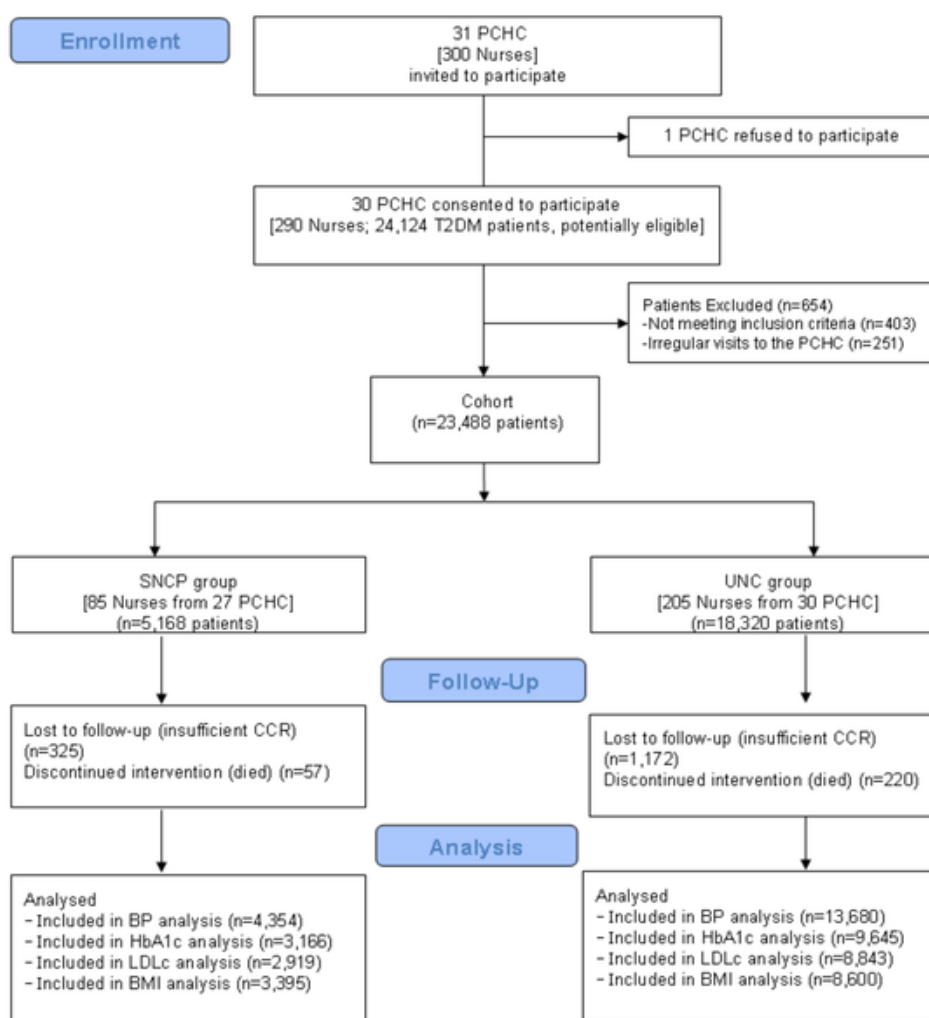


Figura 1.- Diagrama de Flujo de participantes

PCHC: Centro de Atención Primaria de la Salud; DM2: Type 2 Diabetes Mellitus; SNCP=PCEMC; UNC: NoPCEMC; CCR: historias clínicas informatizadas; BP: Presión arterial; HbA1c: hemoglobina glucosilada; cLDL: colesterol de baja densidad de lipoproteína; IMC: índice de masa corporal.

Los Criterios que se establecieron para definir la exposición a PCEMC fueron:

- Criterio 1. El paciente tiene datos registrados estructurados por patrones funcionales de salud de Gordon (17), en al menos una de las siguientes áreas: Percepción de la salud; Nutricional metabólico y Actividad y ejercicio.
- Criterio 2. Los problemas identificados fueron descritos utilizando diagnósticos NANDA -I habituales en pacientes crónicos. (Tabla 1).

Domain	Class	Nursing diagnoses	
Nutrition	Ingestion	00001	Imbalanced nutrition: more than body requirements
		00002	Imbalanced nutrition: less than body requirements
		00003	Risk for imbalanced nutrition: more than body requirements
Coping/stress tolerance	Coping responses	00069	Ineffective coping
Life Principles	Value/Belief/Action Congruence	00079	Non compliance
Health promotion	Health management	00078	Ineffective self health management
		00080	Ineffective family therapeutic Regimen Mangament
		00081	Ineffective therapeutic regimen management
		00082	Effective therapeutic regimen management
		00162	Readiness for enhanced self-health management
		00163	Readiness for enhanced nutrition
		00084	Health-Seeking Behaviors: Management DM
Self Perception	Self-Esteem	00120	Situational Low self-esteem
Perception/cognition	Cognition	00126	Deficient knowledge
Activity/Rest	Activity/Exercise	00168	Sedentary Lifestyle
Safety/Protection	Physical injury	00046	Impaired skin integrity

doi:10.1371/journal.pone.0043870.t001

Tabla 1.- Diagnósticos NANDA-I incluidos en la Variable Independiente Principal

- Criterio 3.-Las intervenciones enfermeras estarán identificadas en el registro de la HCI mediante la taxonomía NIC y deberán tener al menos alguna de las intervenciones definidas en la Tabla 2

Domain	Class	Nursing interventions	
Physiological: Basic and Complex	Activity and exercise management	0200	Exercise promotion
		1020	Diet Staging
		1030	Eating Disorders: Management
		1100	Nutrition Management
		1160	Nutritional Monitoring
		1240	Weight gain assistance
		1260	Weight Management
		1280	Weight Reduction Assistance
		5246	Nutritional Counseling
	Self-Care Facilitation	1803	Self-Care Assistance: Feeding
	Electrolyte and Acid-Base Management	2120	Hyperglycemia management
		2130	Hypoglycemia management
Behavioral	Behavioral Therapy	4360	Behavior Modification
		4410	Mutual Goal Setting
		4420	Patient Contracting
		4470	Self-Modification Assistance
		4700	Cognitive Restructuring
	Communication Enhancement	4920	Active Listening
	Coping assistance	5210	Anticipatory Guidance
		5220	Body Image Enhancement
		5230	Coping Enhancement
		5240	Counseling
		5250	Decision-Making Support
		5270	Emotional Support
		5330	Mood Management
		5390	Self-Awareness Enhancement
		5400	Self-Esteem Enhancement
		5440	Support System Enhancement
		5480	Values Clarification
	Patient education	5510	Health Education
		5520	Learning Facilitation
		5540	Learning Readiness Enhancement
		5602	Teaching: disease process
		5606	Teaching: individual
		5612	Teaching: prescribed activity/exercise
		5614	Teaching: prescribed diet
		5616	Teaching: prescribed medication
		5618	Teaching: procedure/treatment
		5620	Teaching: psychomotor skills
Safety	Crisis Management	6160	Crisis Intervention
	Risk management	6520	Health Screening
		6610	Risk Identification
		6650	Surveillance
		6680	Vital signs monitoring
	Lifespan care	7140	Family Support
Health System	Delivery System	7400	Health System Guidance
		7460	Patient Rights Protection
	Information Management	8180	Telephone Consultation
		8190	Telephone Follow-up

doi:10.1371/journal.pone.0043870.t002

Tabla 2.- Intervenciones NIC incluidas en la Variable Independiente Principal

Fuente de información

Se ha utilizado una única fuente primaria de datos, la HCI en la aplicación informática Oficina Médica Informatizada de Atención Primaria (OMI-AP), en la que se identificaron todas las variables descritas y su correspondiente codificación en la HCI.

La extracción de los datos, en esta primera fase del estudio (2 años de seguimiento) se llevó a cabo en cuatro momentos: basal, 12, 18 y 24 meses. Los datos incluyeron las variables y fecha de registro en la HCI. La obtención de los datos se realizó en condiciones de práctica clínica habitual.

Resultados después de 2 años de seguimiento:

	UNC (n: 18,320)	SNCP (n: 5,168)	p value
Sociodemographic variables			
Female gender (%)	51.5	52.3	0.299
Age (yr) [mean $\pm$ SD]	69 $\pm$ 12	70 $\pm$ 13	0.000
Clinical variables			
Diabetes evolution time (yr) [mean $\pm$ SD]	7.4 $\pm$ 6.3	8.6 $\pm$ 6.9	0.000
Personal health habits			
Smoking (%)	19.4	18.7	0.268
Drinking (%)	20.9	23.4	0.000
Physical activity (sedentary) (%)	1.8	4.1	0.000
Biological parameters			
BMI (Kg/m ²) [mean $\pm$ SD]	30.1 $\pm$ 5	29.8 $\pm$ 4.7	0.004
DM treatment profile %			
Drug-free	11.3	8	0.000
Oral antidiabetic	61.5	69.8	0.000
Insulin	18.6	22.6	0.000
Oral antidiabetic + Insulin	9.6	13.4	0.000
Others treatments %			
Statins	47.7	52.3	0.000
Fibrates	3.7	3.5	0.585
Diuretics	27.9	26.5	0.054
Beta-blockers	16.7	15.6	0.066
Calcium antagonist	21.1	22.5	0.031
ACE inhibitors	36.2	37.3	0.135
ARB	22.6	25.2	0.000
Antiplatelet	58.0	62.7	0.000
Associated morbidity %			
CHD	13.3	13.2	0.949
Dyslipidemia	44.8	49.2	0.000
Hypertension	69.6	68.6	0.160
Complications %			
Retinopathy	3.5	4.5	0.001
Nephropathy	6.8	7.1	0.351
Neuropathy	1.8	1.7	0.947

UNC: Usual Nursing Cares; SNCP: Standardized Nursing Care Plans; DM: Diabetes mellitus; BMI: Body mass index; ACE: Angiotensin-converting enzyme; ARB: Angiotensin receptor blockers; CHD: Coronary heart disease.
doi:10.1371/journal.pone.0043870.t003

Tabla 3.- Situación basal ambas cohortes

La Tabla 3 muestra las características basales de la población estudiada. Los dos grupos eran homogéneos en sexo, pero no en la edad y en el tiempo de evolución de la diabetes. Los pacientes en el grupo de PCEMC tenían peor estilo de vida (consumo de alcohol y más sedentarios) y mayor prevalencia de dislipemia y complicaciones (retinopatía). Estaban más tratados con fármacos para la diabetes (antidiabéticos orales e insulina) y para la enfermedad cardiovascular (antagonistas ARB / calcio / estatinas / antiplaquetarios), con peor HbA1c (7,25% vs 7,12%, $p < 0,001$), y mejor colesterol LDL (115 mg / dl frente a 119 mg / dl, $p < 0,001$), que los pacientes del grupo de NoPCEMC.

	N	Baseline (%)	12 Months (%)	18 Months (%)	24 Months (%)	p-value*	Change (%)	p-value
SBP <130 mmHg								
UNC (%)	13,680	31.6	33.5	35.6	35.5	<0.01	3.9	<0.01
SNCP (%)	4,354	31.6	32.9	35.5	34.5	<0.01	2.9	
DBP <80 mmHg								
UNC (%)	13,680	50.6	53	55.7	55.9	<0.01	5.3	0.31
SNCP (%)	4,354	53.7	57	59.7	59.4	<0.01	5.7	
HbA1c <7%								
UNC (%)	9,645	54.4	59.2	61.2	60.3	<0.01	5.9	<0.01
SNCP (%)	3,166	47.6	51.8	56.4	55.2	<0.01	7.6	
LDL c <130 mg/dl								
UNC (%)	8,843	29.8	32.3	36.1	38.0	<0.01	8.2	0.61
SNCP (%)	2,919	33.4	34.9	38.2	41.9	<0.01	8.5	
BMI <30 Kg/m²								
UNC (%)	8,600	54.2	54.8	56.3	56.6	<0.01	2.4	0.21
SNCP (%)	3,395	56.8	58.2	59.6	59.6	<0.01	2.8	

p*: p value of comparison of the two-year follow-up and baseline values, intragroup differences; Change: Final value (two-years)- Baseline values; UNC: Usual Nursing Cares; SNCP: Standardized Nursing Care Plans; SBP: Systolic Blood Pressure; DBP: Diastolic blood pressure; HbA1c: Glycated hemoglobin; LDL c: Low-density lipoprotein cholesterol; BMI: Body mass index.
doi:10.1371/journal.pone.0043870.t005

Tabla 4.- % de pacientes que alcanzan objetivos de buen control para las variables dependientes TAS, TAD, HbA1C, LDL e IMC basa,, 12, 18 y 24 meses.

La Tabla 4 muestra la proporción de pacientes que alcanzaron el objetivo de HbA1c, presión arterial, lípidos e IMC, al inicio del estudio, 12, 18 y 24 meses, en ambos grupos. Hubo una mejoría significativa ($p < 0.01$) en el porcentaje de sujetos que cumplió con los objetivos de control en ambos grupos. El grupo de PCEMC mostró mayor cambio en los valores de control que el grupo de NoPCEMC, en la PAD, HbA1c, colesterol LDL y el IMC, pero sólo alcanzó significación estadística para la HbA1c. El grupo NoPCEMC mejoró en el grado de control de la PAS ($p < 0, 01$).

Variables	Adjusted OR	95% CI	p value
Group (SNCP/UNC)	1,11	0,99–1,24	0,06
Insulin treatment (yes/no)	1,20	1,06–1,36	<0,01
Oral antidiabetic agents (yes/no)	2,41	2,12–2,75	<0,01
Gender (male/female)	1,16	1,05–1,28	<0,01
Age, yr	0,99	0,98–1	0,17

UNC: Usual Nursing Cares; SNCP: Standardized Nursing Care Plans; HbA1c: Glycated hemoglobin.

doi:10.1371/journal.pone.0043870.t006

Tabla 4.- % de pacientes que alcanzan objetivos de buen control para las variables dependientes TAS, TAD, HbA1C, LDL e IMC basa, 12, 18 y 24 meses.

Por último , en la Tabla 5, se muestran los factores asociados para lograr el control glucémico en pacientes con HbA1c $\geq 7\%$. Después de ajustar por tipo de tratamiento , edad y sexo, los PCEMC mostraron una tendencia favorable para el buen control, pero en el límite de la significación estadística (OR = 1 , 11, IC 95% = 0 , 99-1 , 24, p: 0 , 06). La variable más fuertemente asociada al buen control de la glucemia fueron los antidiabéticos orales (OR = 2 , 41, IC 95% = 2 , 12-2 , 75, p <0 , 01).

Conclusiones

- Los pacientes en el grupo PCEMC tenían un mayor perfil de riesgo. Esto es consistente con los hallazgos de Paans et al. (29) que identifica que uno de los factores asociados con el uso de los diagnósticos de enfermería es la complejidad de una situación de los pacientes.
- El estudio ha demostrado que los pacientes en el grupo de PCEMC alcanzaron una reducción significativa en la PAD, a los dos años de seguimiento, en comparación con los pacientes en el grupo de NoPCEMC, pero de poca relevancia clínica.
- Los PCEMC demostraron una tendencia favorable hacia el control de la glucemia en pacientes previamente mal controlados, después de ajustar por edad, sexo y tipo de tratamiento. Los principales predictores fueron los antidiabéticos orales, y el tratamiento con insulina.
- Existe un vacío en la literatura acerca de la posible relación entre la aplicación de lenguajes estandarizados en los planes de cuidados de enfermería y los resultados de salud para los pacientes crónicos en los centros de AP.
- Por último, el nivel de evidencia de los estudios de cohorte es inferior a los ensayos clínicos, por lo que nuestros resultados deben interpretarse con precaución. Se necesitan ensayos clínicos para confirmar nuestros hallazgos.

Agradecimientos

Damos las gracias a las enfermeras y médicos de atención primaria que participaron en este estudio.

Acerca de los autores

Juan Cárdenas-Valladolid

Unidad de Apoyo Técnico, Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España. Profesor Universidad Alfonso X el Sabio.

Miguel A. Salinero-Fort

Fundación Investigación Biomédica del Hospital Carlos III, Madrid, España

Paloma Gómez-Campelo

Fundación Investigación Biomédica del Hospital Carlos III, Madrid, España

Carmen de Burgos-Lunar

Unidad de Epidemiología Clínica, Hospital Carlos III, Madrid, España

Juan C. Abánades-Herranz

Dirección Técnica de Formación e Investigación, Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad,
Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

Rosa Arnal-Selfa

Dirección de Enfermería, Dirección Asistencial Norte, Gerencia Adjunta Asistencial, Servicio
Madrileño de Salud, Madrid, España

Ana López-Andrés

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud,
Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España

Correspondencia

Email: [juan.cardenas @ salud.madrid.org](mailto:juan.cardenas@salud.madrid.org)

El estudio se puede bajar completo en la dirección:
<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0043870>

BIBLIOGRAFIA

1 De Burgos-Lunar C, Salinero-Fort MA, Cárdenas-Valladolid J, Soto-Díaz S, Fuentes-Rodríguez CY, Abánades-Herranz JC, et al. Validation of diabetes mellitus and hypertension diagnosis in computerized medical records in primary health care. BMC Med Res Methodol. 2011 ; 11:146.

(2) Cárdenas Valladolid J, Mena Mateo J, Cañada Dorado MMA, Rodríguez Morales D, Sánchez Perruca L. [Implementation and improvement in a care program for the elderly on multiple medications in a primary care area]. Rev Calid Asist. febrero de 2009 ; 24(1):24-31.

(3) Salinero-Fort MA, Carrillo-de Santa Pau E, Abánades-Herranz JC, Dujovne-Kohan I, Cárdenas-Valladolid J, en nombre del Grupo MADIABETES. [Baseline risk of Diabetes Mellitus in Primary Health Care Services by FINDRISC test, associated factors and clinical outcome after 18 months of follow-up]. Rev Clin Esp. octubre de 2010 ; 210(9):448-53.

(4) Cárdenas-Valladolid J, Martín-Madrado C, Salinero-Fort MA, Carrillo de-Santa Pau E, Abánades-Herranz JC, de Burgos-Lunar C, et al. Prevalence of adherence to treatment in

homebound elderly people in primary health care: a descriptive, cross-sectional, multicentre study. *Drugs Aging*. 1 de agosto de 2010 ; 27(8):641-51.

(5) Greene JA, Kesselheim AS. Why do the same drugs look different? Pills, trade dress, and public health. *N Engl J Med*. 7 de julio de 2011 ; 365(1):83-9.

(6) Cárdenas-Valladolid J, Salinero-Fort MA, Gómez-Campelo P, de Burgos-Lunar C, Abánades-Herranz JC, Arnal-Selfa R, et al. Effectiveness of standardized Nursing Care Plans in health outcomes in patients with type 2 Diabetes Mellitus: a two-year prospective follow-up study. *PLoS ONE*. 2012 ; 7(8):e43870.

(7) International Diabetes Federation. International Diabetes Federation; 2009.).

(8) Wingard DL, Barret-Connor E. Heart disease and diabetes. En: Harris MI, ed. *Diabetes in America*. 2ª ed. Bethesda, MD: Natl Inst Health, 1995. p. 429-48.)

(9) Mulnier HE, Seaman HE, Raleigh VS, Soedamah-Muthu SS, Colhoun HM, Lawrenson RA. Mortality in people with type 2 diabetes in the UK. *Diabet Med J Br Diabet Assoc*. mayo de 2006 ; 23(5):516-21.

(10) Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *The Lancet*. septiembre de 1998 ; 352(9131):837-53.

(11) The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. *N Engl J Med*. 30 de septiembre de 1993 ; 329(14):977-86.

(12) Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen GVH, Parving H-H, Pedersen O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 30 de enero de 2003 ; 348(5):383-93.

(13) Selvin E, Marinopoulos S, Berkenblit G, Rami T, Brancati FL, Powe NR, et al. Meta-analysis: glycosylated hemoglobin and cardiovascular disease in diabetes mellitus. *Ann Intern Med*. 21 de septiembre de 2004 ; 141(6):421-31

(14) Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner EH, Eijk Van JT, et al. (2001) Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient, and community settings: a systematic review. *Diabetes Care* 24(10): 1821–33.

(15) Servicio Madrileño de Salud. Plan de Calidad Integral de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2002

(16) Ley44/2003 , de 21 de noviembre , de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). (BOE nº 280 de 22 de noviembre de 2003)

- (17) Gordon M (1994) Diagnóstico de Enfermería: Proceso y aplicación, Tercera Edición. St. Louis: Mosby
- (18) International N. Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2012-14. John Wiley & Sons; 2011.
- (19) Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., y Wagner, C. (Eds.).(2013).Intervenciones clasificación de Enfermería (NIC) (6ª ed.).St. Louis, MO: Elsevier..
- (20) González-Jurado MA (2006) Normalización de la práctica enfermera como contribución a la salud, la calidad asistencial y la seguridad clínica de las personas. Evaluación en los cuidados del paciente neumológico [Tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina; 2006
- (21) BartonAJ , BaraméeJ , SowersD , RobertsonK.ArticulatingtheValue-Added Dimension of NP Care. Nurse Pract 2003; 28(12): 34-40.
- (22)Muller Staub M, Lavin MA, Needham I, van Achterberg T. Nursing diagnoses, interventions and outcomes - application and impact on nursing practice: systematic review. J Adv Nurs 2006; 56(5): 514-531.
- (23) Saranto K, Kinnunen U. Evaluating nursing documentation - research designs and methods: systematic review. J Adv Nurs 2009; 65(3): 464-476.
- (24) Müller Staub M. Evaluation of the Implementation of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes. Int J Nurs Terminol Classif 2009; 20(1): 9-15.
- (25) Mullen AB, Watts AP, Diabetes nurse case management: An effective tool. Journal of the Academy of Nurse Practitioners 2006 ; 18:22-30
- (26) Mackey T, Cole F, Lindenberg J. Quality Improvement and Changes in Diabetic patient Outcomes in an Academic Nurse Practitioner Primary Care Practice. Journal of the Academy of Nurse Practitioners 2005 ; 17:547-553
- (27)Urquhart C, Currell R, Grant MJ, Hardiker NR (2009) Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 21(1): CD002099.CrossRef
- (28) Müller-Staub M, Lavin M A, Needham I, van Achterberg T (2006) Nursing diagnoses, interventions and outcomes – application and impact on nursing practice: systematic review. Journal of Advanced Nursing 56: 514–31 doi: 10.1111/j.1365–2648.2006.04012.x. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04012.x.

(29) Paans W, Nieweg RM, van der Schans CP, SERMEUS W (2011) ¿Qué factores influyen en la prevalencia y la exactitud de la documentación diagnósticos de enfermería en la práctica clínica? Una revisión sistemática de la literatura. J Clin Nursing 20: 2386-2403.

DESARROLLO Y ESTADO ACTUAL DE LA RED ESPAÑOLA DE INVESTIGACIÓN EN TAXONOMÍAS ENFERMERAS-REITE

AUTOR

M^a Teresa Lluch Canut. Vocal de AENTDE y Coordinadora de REITE

En nombre propio y en el de mis compañeros, Dr. Adolf Guirao y Dra. Aurora Queró que me acompañan en la coordinación de REITE, inicio esta ponencia señalando que para nosotros es un placer estar hoy aquí y compartir con ustedes nuestra ilusión por este proyecto de creación y desarrollo de una Red Española de Investigación en Taxonomías Enfermeras que, tal y como señalamos desde su inicio, tiene como finalidad *potenciar el intercambio científico y las interrelaciones entre Grupos de Investigación de enfermeros y enfermeras españoles que están investigando en taxonomías enfermeras*.

En el apartado de agradecimientos, por supuesto, hay que destacar el papel relevante de AENTDE, sin cuyo apoyo incondicional a este proyecto no hubiera sido posible su generación. Tal y como se explicó en la presentación de REITE, en las IX Jornadas de Trabajo AENTDE celebradas el año pasado en Barcelona, la asociación AENTDE, desde su creación ha enfocado su actividad para dar respuestas actuales a las necesidades de nuestra profesión en los temas de lenguajes estandarizados. Y en este sentido, la investigación ha sido y es uno de los motores principales. Este apoyo a la investigación, por supuesto, está complementado con la sensibilidad y el interés de AENTDE hacia la vertiente asistencial. Prueba de ello es el *symposium* al que estamos asistiendo en el que, bajo el lema de *Lenguaje enfermero: identidad, utilidad y calidad*, se pretende poner el foco de interés en la utilidad clínica de los lenguajes enfermeros como vía de desarrollo profesional.

Desde mi punto de vista, creo que es un gran acierto que estemos focalizando el interés en la vertiente asistencial del uso y utilidad de los lenguajes enfermeros estandarizados por que la investigación sólo podrá ser realizada en su máximo exponente si hay datos clínicos registrados, codificados y unificados; en definitiva, si las enfermeras y los enfermeros utilizan en su práctica asistencial diaria los lenguajes estandarizados. Por otro lado, si las enfermeras y los enfermeros asistenciales utilizan los lenguajes estandarizados, la necesidad de investigación surgirá unida a la propia práctica clínica ya que los interrogantes, las dudas, las dificultades, las lagunas y los déficits van implícitos en los lenguajes estandarizados. Como sus propias autoras señalan, una y otra vez, la investigación es fundamental. Pero no puede hacerse desde la teoría sino que hay que ir a la parte asistencial.

Personalmente me gusta reflexionar desde mi experiencia como enfermera asistencial porque en ocasiones el volumen de demanda de trabajo es tan alto que sólo pensar en la palabra investigación ya puede saturar. Es verdad. No todas las enfermeras y enfermeros que utilicen lenguajes estandarizados han de realizar investigación. Pero sí que se han de preocupar de

realizar el Proceso de Atención de Enfermería con rigor, realizando cada paso y registrando lo más cuidadosamente posible. Si en este Proceso de Cuidados la institución en la que trabajamos ha implantado el registro informatizado y los sistemas de lenguajes enfermeros estandarizados, aunque no realicemos investigación deberemos tener siempre presente uno de los requisitos que, como profesionales, estamos obligados a desarrollar: el máximo nivel de calidad posible en la realización de nuestro trabajo. Es cierto que en ocasiones, la calidad que podemos ofrecer está lejos de lo que nos gustaría pero hay un detalle importante: no es lo mismo “querer y no poder” que “no querer y no poder” o “no querer aunque se pueda”. Si el trabajo asistencial se hace bien, la investigación en lenguajes enfermeros podrá ser también de calidad. Desde este planteamiento quisiera hacer llegar a todos los enfermeros y enfermeras asistenciales un mensaje de reconocimiento y de estímulo para que valoren desde su propia autoestima profesional, el papel relevante y la contribución que, con su trabajo bien hecho, aportan para crear y solidificar las bases para el desarrollo de la investigación en lenguajes enfermeros. Sin los enfermeros y las enfermeras asistenciales la investigación clínica de calidad no es posible.

Esta afirmación personal es fruto de una reflexión (también personal) algo más amplia, y que me gustaría compartir. Desde que inicie mis estudios en enfermería aprendí que las funciones enfermeras eran 4: asistencia, docencia, gestión e investigación. Es evidente que estas 4 funciones pueden conjugarse de forma que, en ocasiones, podemos estar realizando dos o más funciones, e incluso las 4 juntas de forma simultánea o agregada. Pero, en general, estas funciones se desarrollan en contextos que establecen perfiles profesionales: enfermera asistencial, enfermera gestora, enfermera docente y enfermera investigadora. Quizás este último perfil es el que más se desarrolla de forma conjunta con los otros tres, porque en nuestro país hay pocas enfermeras que estén identificadas bajo el perfil único de investigadoras. Con toda esta reflexión, y tal y como he iniciado este párrafo, quiero ampliar y compartir una creencia personal de la cual estoy totalmente convencida: para realizar investigación de calidad lo ideal es la unión entre enfermeros y enfermeras de todos los perfiles (asistencial, docente, gestión e investigación).

Y esta afirmación me permite enlazar con el objetivo central de mi ponencia que es el de hablar del desarrollo y estado actual de la Red Española de Investigación en Taxonomías Enfermeras-REITE

En relación a su desarrollo, REITE se configura a partir de un conjunto de Grupos de Investigación que trabajen en Red (interconectados). Está claro que el paso inicial, es crear Grupos de Investigación. Esto ya lo hemos venido explicando desde el IX *Symposium* de AENTDE celebrado en Gijón el año 2012⁽¹⁾. Posteriormente, en las IX Jornadas de Trabajo AENTDE de Barcelona, desarrolle una ponencia en la que se describía como crear Grupos de Investigación, con los pasos detallados para ello. En todo momento una de las

recomendaciones es "Incorporar en el grupo a enfermeras/os de todos los ámbitos (asistencial, docente, gestión e investigación) y de todas las edades, si es posible. La conjunción de novel y sénior es la ideal"⁽²⁾.

Deberemos organizarnos en Grupos para trabajar en Red por que la propia definición de red así lo determina. Retomamos de nuevo un documento que ha orientado en todo momento la creación y estructuración de REITE que es la Resolución de 13 de junio de 2006 del Instituto de Salud Carlos III⁽³⁾, en la que se convocaban ayudas para financiar Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud (RETICS) y se definía una Red de Investigación como: "*la Asociación de grupos de investigación de diferentes Administraciones, Instituciones y Comunidades Autónomas, del sector público o privado sin ánimo de lucro, con líneas y objetivos de investigación común, con el objeto de promover la complementariedad de actuaciones compartiendo objetivos y recursos*". Asimismo, en la misma Resolución, se definía un Grupo de Investigación como "*un conjunto de investigadores agrupados en torno a un investigador principal que colaboran en el estudio de una temática homogénea y que poseen, como mínimo, las características siguientes: a) Haber realizado conjuntamente proyectos de investigación financiados en convocatorias nacionales o internacionales y b) poseer un registro de publicaciones conjuntas de calidad contrastada y en número suficiente*". Estas definiciones y estos criterios han seguido vigentes en documentos posteriores⁽⁴⁾.

Todo lo referente a REITE está disponible en la página web que AENTDE ha creado para la red (<http://www.aentde.com/pages/reite/presentacion>). En base a los diferentes apartados de la web podemos valorar el desarrollo y el estado actual de REITE (que se ha hecho y en qué punto está). Pero antes de ello, es importante remarcar lo que en su creación ya se señaló: el proyecto de creación y desarrollo de una Red Española de Investigación en Taxonomías Enfermeras es un proyecto a largo plazo, que para poder vislumbrar su dimensión real se necesitan al mínimo cinco años de evolución.

Actualmente está construida la estructura y ha habido algunos contactos iniciales de 4 grupos potenciales que esperamos en breve podrán acreditarse para incorporarse en la red e iniciar así el contenido real de la red.

Tal y como he señalado al inicio, los coordinadores de REITE y todos los miembros de la Junta Directiva de AENTDE mantenemos la ilusión por este proyecto y creemos en él. Pero está claro que quienes han de desarrollar el proyecto somos todos, y, por tanto, una vez más debemos recordar que la clave es: SUMAR.

Muchas gracias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lluch M.T. (2012). *La investigación en el contexto de las taxonomías . Perspectiva de AENTDE*. Conferencia presentada en el IX Symposium Internacional de Diagnósticos de

Enfermería, organizado por AENTDE en Gijón, los días 8 y 9 de junio de 2012. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/28802>

2. Lluch-Canut MT (2013). *Bases y estructuras para el desarrollo de la investigación en taxonomías*. En AENTDE, Libro de ponencias y comunicaciones de las IX Jornadas de Trabajo AENTDE.: Barcelona:, 19 y 20 de abril de 2013.
3. RESOLUCION de 13 de junio de 2006, del Instituto de Salud Carlos III, por la que se convocan ayudas destinadas a financiar estructuras estables de Investigación Cooperativa, en el área de la biomedicina y ciencias de la salud, mediante la participación en Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud. *BOE nº 145*, Lunes 19 de junio de 2006: 23296-23301.
4. Instituto de Salud Carlos III. Guía de ayuda de Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud (RETICS). Convocatoria 2012. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-financiacion/fd-convocatorias-ayudas-accion-estrategica-salud/fd-guias-ayuda/GUIA-AYUDA-RETICS-2012.pdf>

APLICACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN Y DOCÊNCIA DE LAS TAXONOMIAS ENFERMERAS EM BRASIL

AUTOR

Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz

Enfermeira. Professora Titular, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

APRESENTAÇÃO

Bom dia! Em primeiro lugar eu gostaria de agradecer a oportunidade de participar deste evento e manifestar que me sinto honrada pelo convite para compartilhar com vocês o uso que as enfermeiras Brasileiras têm feito das classificações na clínica, no ensino e na pesquisa.

A proposta para esta sessão é, antes de tratar do tema central, apresentar uma breve descrição do sistema de saúde brasileiro, seguida de alguns destaques sobre a história da enfermagem brasileira e sobre o movimento das classificações no Brasil.

Para tratar do tema central desta conferência optei por integrar parte da literatura produzida por brasileiros por entender que este talvez seja o modo mais confiável de captar a experiência brasileira. Concluirei minha apresentação com a exposição de algumas ideias sobre os desafios postos para o avanço do conhecimento da disciplina de enfermagem por meio das classificações.

INTRODUÇÃO

Sistema de saúde brasileiro

O sistema de saúde Brasileiro é híbrido: convivem o público e o privado. O público é de abrangência universal, financiado pelo estado e disponível a toda a população, inclusive para quem acessa o sistema privado que, em termos de organização é suplementar ao sistema público, havendo, portanto uma duplicação de cobertura.

O sistema público de saúde brasileiro é conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado pela Constituição de 1988 e regulamentado em 1990, com os seguintes princípios fundamentais: acesso universal a serviços de saúde, sendo a saúde definida como um direito do cidadão e uma obrigação do Estado; igualdade de acesso a atenção à saúde; e integralidade e continuidade dos cuidados (Gragnolât et al. 2013). Podemos dizer que o SUS ainda está em implementação e algumas melhoras a ele atribuíveis já tem sido observadas como as melhoras significativas na expectativa de vida, forte redução nos indicadores de mortalidade infantil, queda na mortalidade materna e redução das desigualdades geográficas dos resultados da saúde. "Contudo, ainda há desigualdades consideráveis na condição geral da saúde que vão requerer esforços adicionais do governo brasileiro no âmbito do SUS" (Gragnolât et al. 2013).

Estimativas governamentais de 2005 são de que 77% da população brasileira tem acesso apenas ao sistema público e 23% acessa também o sistema privado. Os principais desafios atuais do SUS são relativas ao acesso, à eficiência e qualidade dos serviços, aos papéis e relacionamentos entre os níveis de governo e seus fluxos; eficiência dos gastos públicos, monitoramento e avaliação sistemática do sistema de saúde (Gragnolati et al, 2013).

A enfermagem brasileira

A enfermagem profissional no Brasil foi iniciada em 1923 com a criação da primeira escola de enfermagem brasileira no modelo Nightingale com a regulamentação definida por Decreto Federal em 1931. Em 1945, as escolas de enfermagem são incorporadas no sistema universitário, e em 1975 é criado o primeiro programa de mestrado. É apenas em 1973 que são criados os conselhos profissionais para normatizar e fiscalizar o exercício da profissão de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Em 1981 é criado o primeiro curso de doutorado em enfermagem e em 1986 é promulgada a Lei do Exercício Profissional que prevê incumbências privativas do enfermeiro bacharelado e entre elas a liderança na execução e avaliação do processo de enfermagem. Em 2009, o Conselho Federal de Enfermagem promulgou Resolução que dispõe sobre a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e determina que a execução do processo de enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo os dados coletados, os diagnósticos de enfermagem, as ações de enfermagem e os resultados alcançados (COFEN, 2009)

Dados do Conselho Federal de Enfermagem (<http://www.portalcofen.gov.br/atlas/>) apontam que em 2011 éramos 1.535.586 profissionais de enfermagem em todo o Brasil, sendo aproximadamente 20,5% enfermeiros, 45,5% técnicos de enfermagem e 33,1% auxiliares de enfermagem. Vale comentar que em 2011 a população estimada do Brasil era de quase 194 milhões de habitantes.

AS TAXONOMIAS DE ENFERMAGEM NO BRASIL

Esse slide tem a finalidade de apresentar alguns marcos no movimento de classificações no Brasil, tendo como referência o movimento nos Estados Unidos e no Conselho Internacional de Enfermeiras.

Admite-se que os esforços para o desenvolvimento de sistemas de classificação na enfermagem foram desencadeados pelos avanços das tecnologias da informação na área da saúde na década de 1960. Apesar de a década de 1960 ter sido marcante, alguns fatos anteriores vinham preparando terreno para as classificações.

Não é possível identificar, com confortável segurança, quando surgiu na enfermagem o interesse pelas classificações. No advento da enfermagem moderna a atividade classificatória

estava presente. Classificar pacientes de acordo com a sua gravidade e necessidades de cuidado foi uma atividade que marcou os trabalhos de Nightingale e prevalece até os dias de hoje (Gordon, 1994).

Na década de 1920 propõe-se o processo de enfermagem como forma de guiar o ensino das enfermeiras nos Estados Unidos e a partir dele há referências sobre a importância de se identificarem os problemas de enfermagem do paciente. Abdellah, na década de 1950, produz um trabalho norteado pelo pressuposto de que as enfermeiras precisavam voltar a centrar o cuidado no paciente (Abdellah, 1960). A sua proposta, consoante com as idéias de processo de enfermagem, incluía o que se admite hoje ter sido a primeira classificação de enfermagem. Ela propôs a conhecida lista dos 21 problemas de enfermagem, concebendo problemas de enfermagem como as metas terapêuticas a serem alcançadas no cuidado (Abdellah, 1960). Henderson, em 1966, propõe 14 necessidades básicas como as áreas de pertinência dos cuidados de enfermagem (Henderson, 1966). Apesar de não ter especificado quais poderiam ser os “problemas de enfermagem do paciente” nessas 14 áreas, os trabalhos de Henderson também prepararam a enfermagem para as classificações.

Apesar de os trabalhos de Abdellah e de Henderson despontarem como pioneiros, é em 1973 que se dá o principal marco dos movimentos de classificação na enfermagem (Gebbie & Lavin, 1975). Nesse ano, reúne-se um grupo de enfermeiras dos Estados Unidos e Canadá com a finalidade de identificar e classificar diagnósticos de enfermagem. Do interior desse grupo cria-se um outro que inicia os trabalhos para a classificação de intervenções (Nursing Interventions Classification – NIC MacCloskey & Bulechek, 2000) e resultados de enfermagem (Nursing Outcomes Classification – NOC Moorhead & Johnson, 2004). Em 1982, institui-se a North American Nursing Diagnosis Association (North 2003), que assume os trabalhos de classificação dos diagnósticos; em 1995, na Universidade de Iowa, os trabalhos de classificação das intervenções e resultados, iniciados em 1987, adquirem o status de um centro de classificações. Junto com essas iniciativas na América do Norte, são desenvolvidas outras classificações para atender a necessidades de projetos específicos como a classificação para enfermagem em saúde comunitária (Martin & Sheet, 1992) e a classificação para cuidado domiciliário de Virgínia Saba (Saba, 2002).

Em 1989 o Conselho Internacional de Enfermeiras inicia um projeto para desenvolver um sistema de classificação internacional de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (ICN, 2005). Em 2002 a North American Nursing Diagnosis Association é reorganizada como uma instituição internacional e passa a ser designada como NANDA – International (NANDA, 2003), incorporando na sua governança enfermeiros da comunidade internacional que em diferentes países já vinha se organizando com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento de uma terminologia capaz de representar as contribuições da

enfermagem à saúde das populações, como por exemplo a AENTDE – Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería, criada em 1996.

No Brasil, destacam-se os trabalhos de Horta, nas décadas de 1960 e 1970 (Horta, 1979). Essa enfermeira é reconhecida especialmente por seus esforços para a implementação do processo de enfermagem e da teoria das necessidades humanas básicas no Brasil. Embora a implementação do processo de enfermagem naquela época não previsse um sistema de classificação, ele requeria a categorização dos problemas de enfermagem dos pacientes segundo as necessidades básicas e a categorização das atividades de enfermagem segundo o grau de dependência do paciente para o atendimento das necessidades identificadas.

Na década de 1980 a Irmã Cléamaria Simões realiza trabalhos que visavam criar um vocabulário de enfermagem. As suas publicações mostram que os elementos que se pretendiam denominar estavam além das atividades clínicas da enfermagem, eram mais genéricos que diagnósticos, intervenções e resultados (Simões 1980, 1990).

Não se encontram outras referências sobre atividades classificatórias no Brasil até o final dos anos 80.

A ideia de classificação começa a ser veiculada em nosso meio no final dos anos 80 e início dos 90 e o enfoque era o da classificação de diagnósticos. Dois núcleos de estudos sobre diagnósticos de enfermagem começaram a ser desenvolvidos: um em São Paulo e outro na Paraíba. Em 1989 defendi dissertação de mestrado sobre o tema (Cruz, 1989) e em 1990 Farias, Nóbrega, Perez e Coler (1990) publicaram o primeiro livro brasileiro sobre os diagnósticos de enfermagem da NANDA, o que foi marcante para a disseminação do assunto em nosso meio. Na década de 1990 o Conselho Internacional de Enfermeiras agrega, por meio da Associação Brasileira de Enfermagem, consultoras brasileiras nos trabalhos para a Classificação Internacional de Enfermagem. Em 1997 tem início o projeto Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPEsc), com a finalidade de identificar elementos próprios das práticas em saúde coletiva para a CIPE®.

É no meio acadêmico que, no Brasil, surgem as primeiras iniciativas sobre classificações, voltadas para o diagnóstico de enfermagem tendo como referência a classificação da NANDA e logo a seguir a CIPE®. Nos últimos 23 anos, assim como em muitos países, muito se tem discutido sobre as classificações de enfermagem no Brasil. Com a finalidade de capturar pelos menos uma parte do que se tem praticado no Brasil, realizei uma revisão de literatura, cujos métodos e resultados passo a apresentar.

OBJETIVO

A revisão de literatura realizada foi orientada pelas seguintes questões: a) quais são os temas em torno dos quais se agregam as publicações Brasileiras sobre classificações de enfermagem? b) Quais são as características dos trabalhos veiculados por essas publicações?

MÉTODO

Foi realizada uma revisão de literatura em que buscamos incluir todas as publicações por autores brasileiros sobre classificações em enfermagem. Os procedimentos foram realizados apenas por mim.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídas todas as publicações sobre temas relacionados às classificações de enfermagem, com pelo menos um autor brasileiro, em qualquer idioma, com pelo menos o resumo disponível, independente do tipo de trabalho relatado. Se a publicação não estava disponível na íntegra e o resumo não permitia a extração dos dados, o registro foi excluído.

BASES DE DADOS

A busca bibliográfica foi realizada na LILACs (Latin American and Caribbean Health Sciences), pela interface da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://www.bireme.br/php/index.php>), e na MEDLINE (International Database for Medical Literature), pela PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>).

ESTRATÉGIAS DE BUSCA

As estratégias de busca foram definidas a partir de descritores ("Vocabulary, Controlled" "Classification" "Nursing" "Nursing diagnoses" "Outcome assessment/health care" "Nursing Process" "Brasil" "Brazil") existentes entre os Health Sciences Descriptors (DeCS), para o LILACs, e os Medical Subject Heading Terms (MeSH - Medical Subject Heading Terms PubMed), para a MEDLINE (Apêndice I). Todos os registros obtidos nas bases pesquisadas foram exportados para o EndNote® para identificar os registros redundantes e para documentar os dados extraídos.

ANÁLISE DA QUALIDADE METODOLÓGICA

A qualidade metodológica dos trabalhos não foi sistematicamente analisada porque a finalidade da revisão era capturar o que se tem aplicado das classificações em enfermagem no Brasil.

EXTRAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram extraídos pela leitura da publicação na íntegra. Quando o texto integral não pode ser obtido, buscamos extrair os dados do resumo. Se qualquer informação não podia ser obtida do resumo, o registro foi excluído da revisão, conforme já mencionado. As variáveis incluídas foram: a) Características gerais da publicação (ano, periódico, autores, tipo de publicação); b) Tema central, categorizado segundo o principal interesse ser de classificação de diagnóstico, de intervenção, de resultado ou inespecífica; c) Sistema, categorizado conforme a

autoria da classificação focalizada na produção (por exemplo, NANDA-I, NIC, CIPE); d) Tipo de trabalho, categorizado como empírico ou teórico; os relatos de trabalhos desenvolvidos a partir da observação deliberada e sistemática de sujeitos, com ou sem intervenção, foram categorizados como empíricos; os demais foram categorizados como teóricos; e) Objetivos, e f) Método do trabalho publicado.

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados extraídos foram analisados de forma descritiva, foi realizada integração narrativa dos temas e métodos dos trabalhos empíricos e teóricos, extrapolando-se daí a experiência brasileira do uso das classificações de enfermagem.

RESULTADOS

As estratégias de busca permitiram identificar um total de 1.137 registros (Apêndice 1). Os procedimentos de seleção resultaram na permanência de 206 produções para a extração e integração dos dados. A lista completa de referências pode ser solicitada pelo endereço eletrônico da autora. A Figura 1 é o diagrama de fluxo dos registros incluídos.

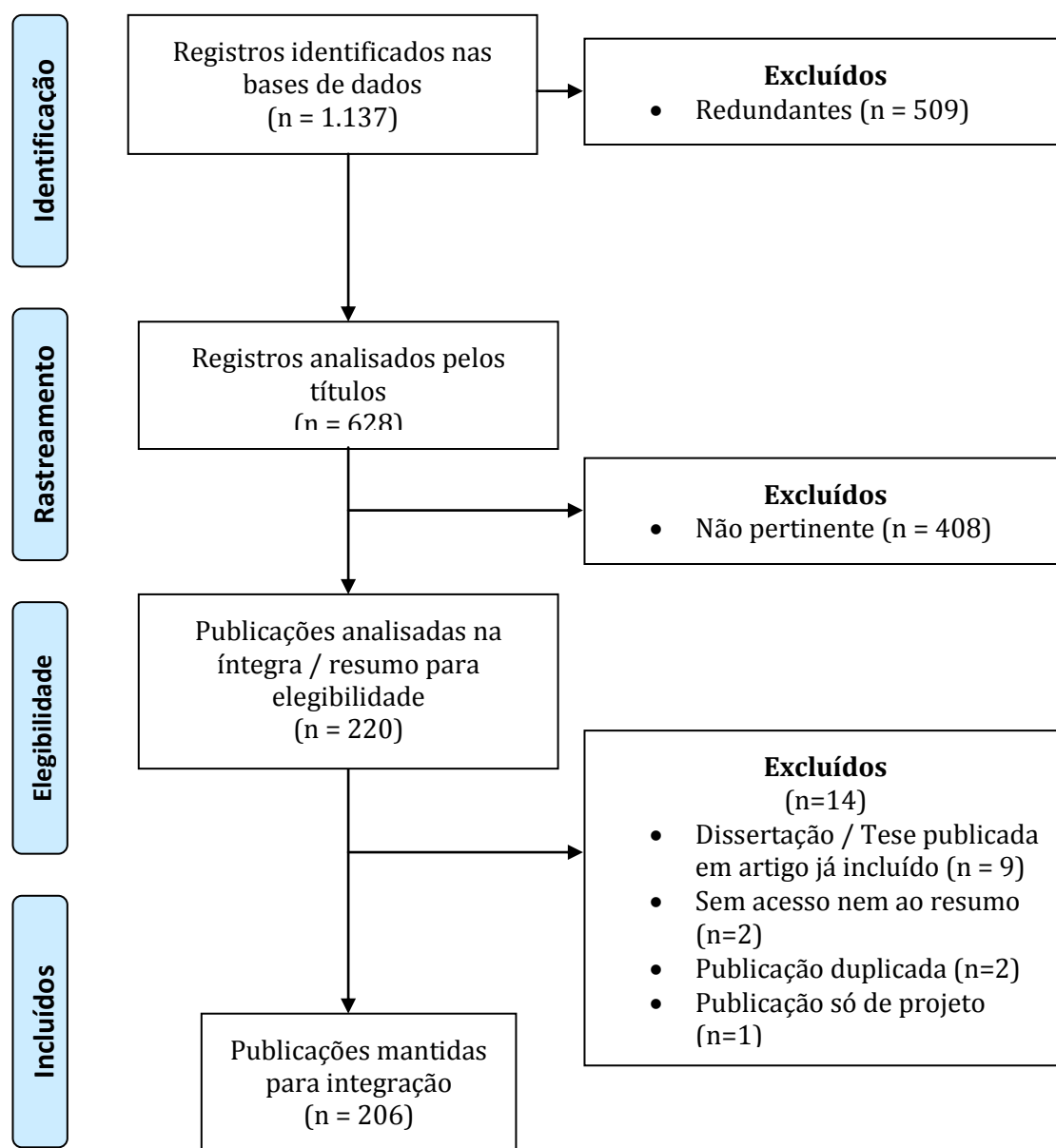


Figura 1. Diagrama de fluxo dos estudos identificados e incluídos

Os 206 documentos analisados foram publicados entre 1990 e 2013. Do total, 182 (88,3%) são artigos de jornais científicos, 21 (10,2%) são dissertações ou teses, e 3 (1,5%) são livros. Quanto a autoria, foram 404 autores de pelo menos uma publicação e o total de autores por artigo variou de um a oito.

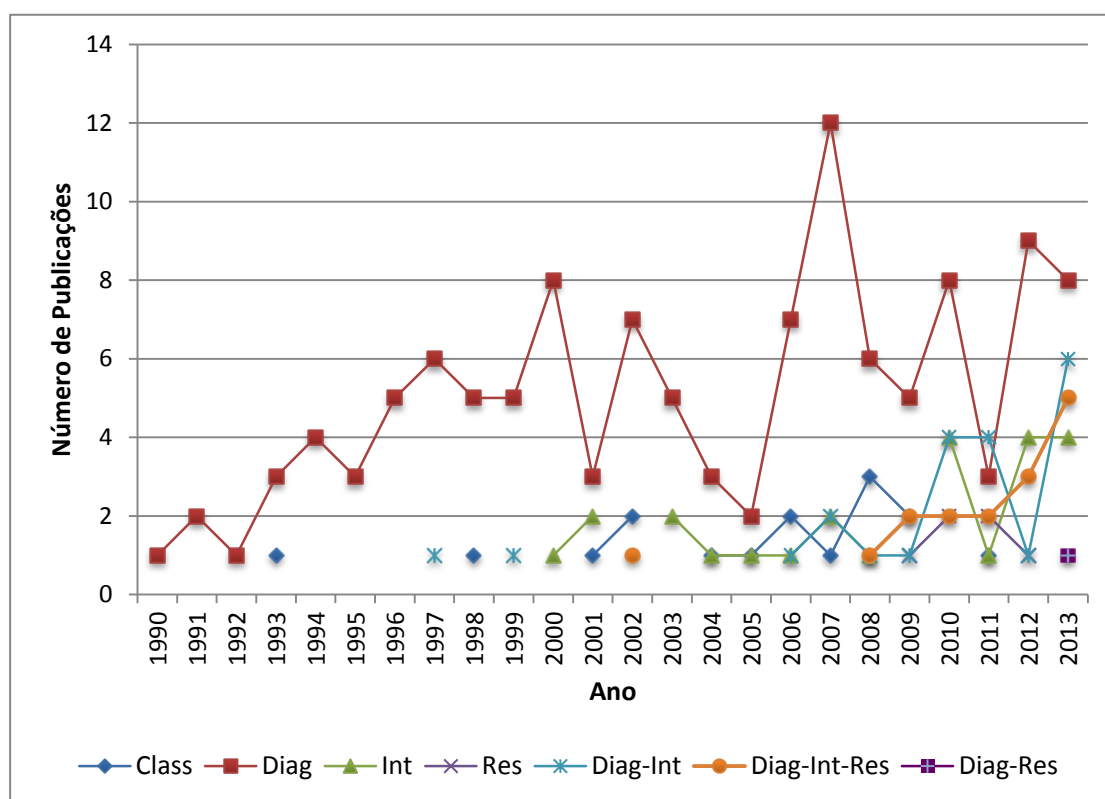


Figura 2. Evolução quantitativa das publicações segundo tipo de classificações

A Figura 2 mostra que desde as primeiras publicações a tendência é aumentar a produção, que as publicações sobre classificações de diagnósticos é predominante em todo o tempo, que as produções sobre classificações de intervenções só começam a ocorrer no início dos anos 2000 e que as publicações que integram classificações de diagnósticos, intervenções e resultados adensam a partir de 2008, aumentando intensamente nos últimos anos.

Quanto aos sistemas de classificação tratados nas publicações, a Figura 3 mostra que as NANDA – I é a classificação mais frequente nas publicações, seguida pela CIPE, NIC e NOC. Algumas publicações tratam de classificações de forma genérica, sem focalizar uma classificação específica.

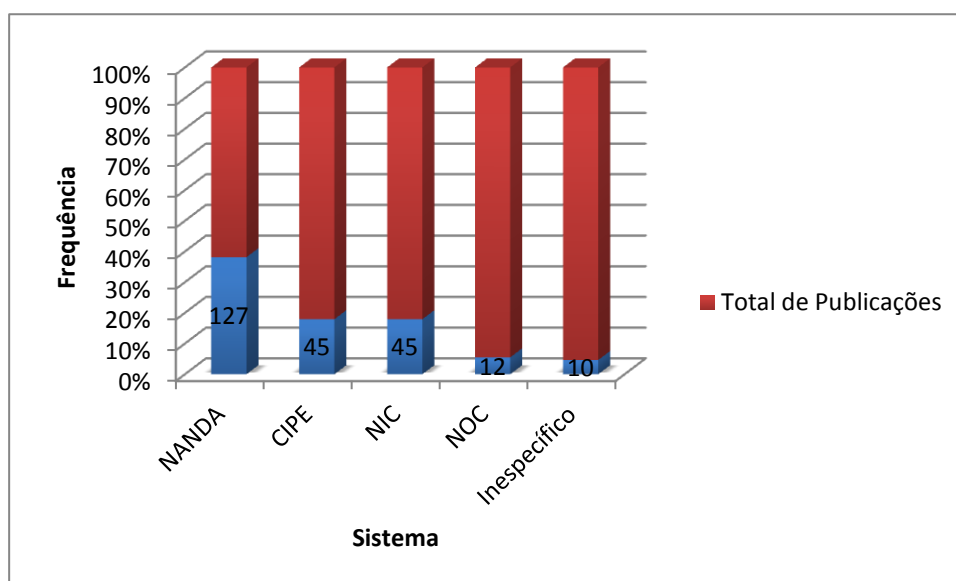


Figura 3. Sistemas de classificação sobre o total de publicações

Das 206 produções analisadas, 157 (76,2%) são de trabalhos empíricos, entendidos como os que relatam trabalhos desenvolvidos a partir da observação deliberada e sistemática, com ou sem intervenção, e 49 (23,8%) são de trabalhos teóricos.

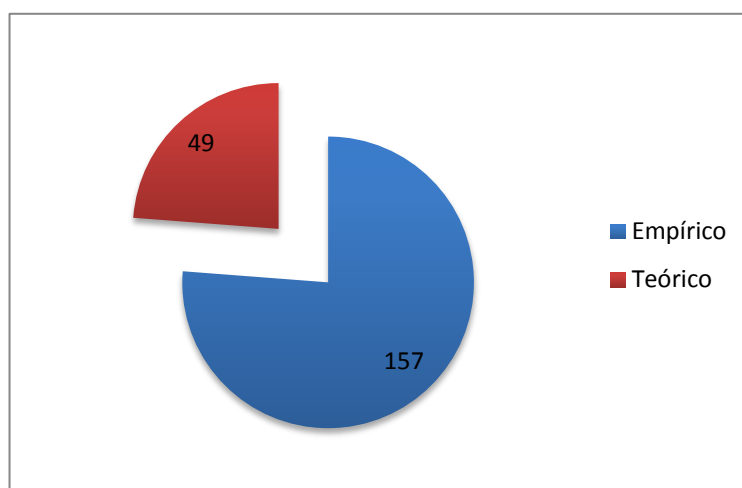


Figura 4. Tipo de trabalho relatado nas publicações

A Tabela 1 a seguir, mostra os temas centrais dos trabalhos segundo eles serem teóricos ou empíricos

Tabela 1. Distribuição das publicações segundo o tema e tipo do trabalho

Tema do Trabalho	Tipo de Trabalho				Total	
	Empírico		Teórico			
	n	%	n	%	n	%
Perfil	75	47,8	5	10,2	80	38,8
Metodológico	22	14,0	10	20,4	32	15,5
Validação	21	13,4	1	2,0	22	10,7
Implementação	17	10,8	1	2,0	18	8,7
Reflexão	-	-	11	22,4	11	5,3
Relato caso	10	6,4	-	-	10	4,9
Atualização	-	-	8	16,3	8	3,9
Mapeamento	3	1,9	5	10,2	8	3,9
Análise literatura	-	-	7	14,3	7	3,4
Ensino	4	2,5	-	-	4	1,9
Prevalência	3	1,9	-	-	3	1,5
Identificação	2	1,3	-	-	2	1,0
Análise de conceito	-	-	1	2,0	1	0,5
Total	157	100	49	100	206	100

Pode-se observar na Tabela 1 que o tema mais frequente é o de perfil de diagnósticos. Nessa categoria figuram os trabalhos que descrevem diagnósticos, resultados, intervenções ou a combinação entre eles em amostras de usuários do sistema de saúde, geralmente de populações com determinados diagnósticos médicos (por exemplo: insuficiência cardíaca, diabetes, hipertensão), em determinados setores de atendimento (por exemplo: UTI, unidade básica de saúde, domicílio), ou em determinadas fases de vida (por exemplo, idosos, gestantes, lactentes). O segundo tema mais frequente é o de estudos metodológicos que incluem os de desenvolvimento de softwares e especialmente o de construção de base de conhecimento, como por exemplo a composição de catálogos da CIPE. Gostaria de também destacar nessa tabela que o ensino é um dos temas menos frequentes nas publicações estudadas, junto com o de prevalência, cujos trabalhos descrevem diagnósticos, intervenções ou resultados efetivamente documentados na prática clínica, o de identificação (novos rótulos) e o de análise de conceito. Obviamente, alguns temas não tem representantes nos trabalhos empíricos, como os de atualização, reflexão, análise de literatura e análise de conceito, assim como outros não ocorreram entre os teóricos (relato de caso, prevalência e identificação). O fato de não ter estudo teórico sobre ensino é provavelmente decorrente da baixa frequência com que esse tema ocorreu.

As Figuras 5 e 6 mostram como se distribuíram as publicações quanto aos métodos dos trabalhos relatados segundo o tipo de trabalho.

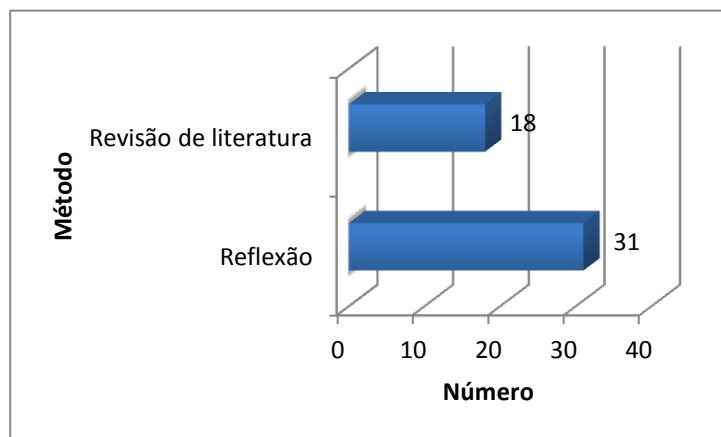


Figura 5. Métodos usados nas publicações de trabalhos teóricos

A maior frequência de trabalhos teóricos aplicou métodos de reflexão (31 / 63,3%), seguido dos que aplicaram métodos de revisão de literatura (18 / 36,7%), representados por revisões narrativas e integrativas.

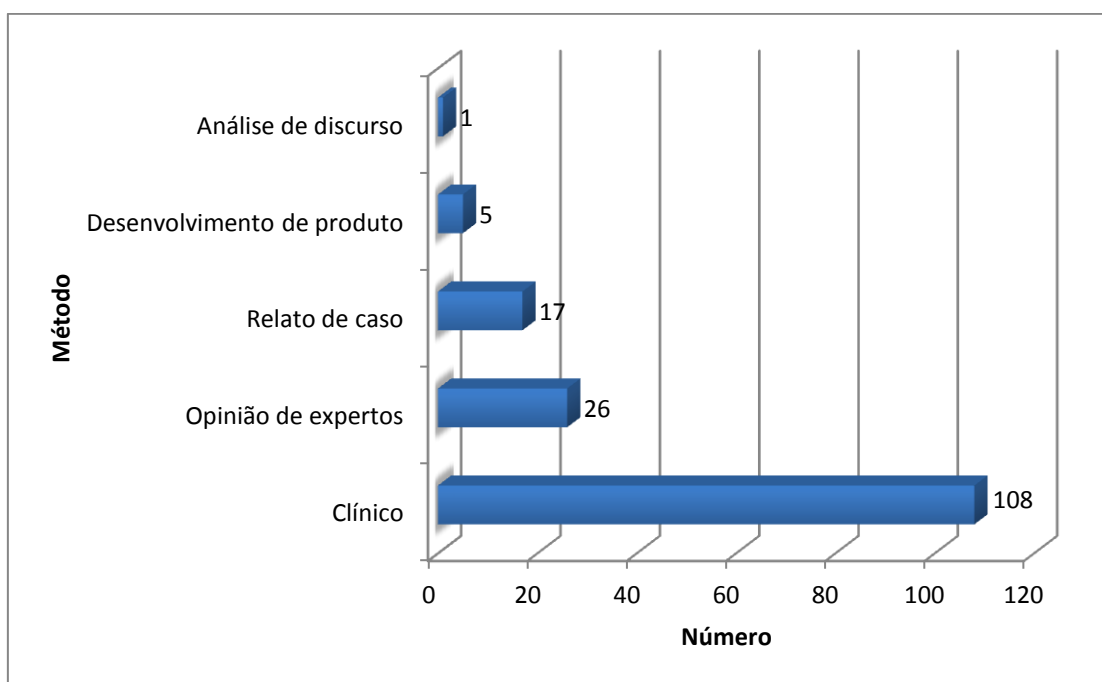


Figura 6. Métodos usados nas publicações de trabalhos empíricos

Os trabalhos empíricos (157 / 100%) aplicaram, em sua grande maioria, métodos clínicos (108 / 68,8%), especialmente os observacionais descritivos, seguidos de longe pelos trabalhos que aplicaram opinião de expertos.

DISCUSSÃO

A análise das publicações de brasileiros sobre as classificações de enfermagem não tem o poder de mostrar com fidelidade a situação do uso de classificações no Brasil, mas evidencia que há um interesse intenso e crescente sobre o tema no país.

A enfermagem brasileira tem lidado com as classificações da NANDA-I, com a NIC, NOC e CIPE. Muito provavelmente pelo fato de o início das discussões sobre a CIPE ter ocorrido no ambiente de pesquisadores da área da saúde coletiva, as publicações sobre essa classificação são preponderantemente afeitas ao âmbito do cuidado na atenção primária. Mais recentemente observamos o uso adequado desse vocabulário para a construção de diagnósticos, intervenções e resultados, o que é consistente com a sua proposta original.

A minha opinião é de que as classificações de enfermagem estão consolidadas na pesquisa e em consolidação na prática clínica e no ensino.

Um elemento importante no Brasil é a exigência formal pelo Conselho Federal de Enfermagem, órgão que fiscaliza o exercício profissional, da documentação do processo de enfermagem em cinco fases (COFEN, 2008) em todas as instâncias em que ocorre a assistência de enfermagem. Esse dispositivo formal tem mobilizado os serviços de enfermagem a implementar as classificações legitimando-as como instrumentos necessários para a comunicação clínica de enfermagem. Essa mobilização, por sua vez, gera pressão para que os programas de formação incluam o desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e atitudes positivas pelos estudantes entre os objetivos dos planos de aprendizagem.

Em relação à pesquisa, os resultados desta revisão de literatura, junto com o que se produz internacionalmente, mostram que temos ainda muito a aprimorar especialmente no que se refere à qualidade metodológica dos estudos realizados para que possamos produzir evidências robustas para orientar as práticas clínicas e de ensino capazes de influenciar positivamente os resultados de saúde das populações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluindo esta apresentação, não posso deixar de reiterar os limites da revisão que a orientou. O acesso a um maior número de bases de dados bibliográficos e a busca de estudos não publicados poderia alterar o cenário aqui apresentado e ter pelo menos mais um revisor fortaleceria a validade interna dos resultados. Das limitações fica aqui um desafio aos pesquisadores: a elaboração de critérios de qualidade metodológica dos diferentes

delineamentos de pesquisa sobre as classificações. Qualificar a produção científica da disciplina de enfermagem e implementar as evidências por ela produzida é fundamental para que a profissão cumpra o seu ideal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gragnolati M, Lindelow M. e Couttolenc B. (2013). 20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil. Uma análise do Sistema Único de Saúde. 2013 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank .

Gordon M (1994). Nursing diagnosis: process and application. 3rd ed. Saint Louis: Mosby.

Abdellah FG (1960). Patient centered approaches to nursing. New York: Mac Millan.

Henderson V. (1966). The nature of nursing. New York: McMillan.

Gebbie KM; Lavin MA. (1975). Classification of nursing diagnoses: proceedings of the first national conference, 1973 Oct 1-5; Saint Louis, MO. Saint Louis: Mosby.

McCloskey JC, Bulechek GM. (2000). Nursing interventions classification (NIC). 3rd ed. Saint Louis: Mosby.

Moorhead S, Johnson MM. (2004). Nursing outcomes classification (NOC). Saint Louis: Mosby.

NANDA – International. (2003). Nursing diagnoses: definitions and classification 2003-2004. Philadelphia: NANDA-I.

Martin KS, Sheet NJ. (1992). The Omaha system: applications for community health nursing. Philadelphia: Saunders.

International Council of Nurses. (2005) ICNP® Version 1 – International Classification for Nursing Practice. Geneva (Switzerland): ICN – International Council of Nurses.

Horta WA. (1979). O processo de enfermagem. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

Simões C. Contribuição ao estudo da terminologia básica de enfermagem no Brasil: taxionomia e conceituação. Dissertação. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1980.

Simões C. (1990). Vocabulário técnico-científico de enfermagem. Bauru (SP): Cedas.

Cruz DALM (1989). Diagnósticos de enfermagem e padrões funcionais de saúde alterados de pacientes internados por cardiopatia chagásica crônica. Dissertação. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1989.

Faria JN, Nóbrega MML, Pérez VLAB, Coler MS. (1990). Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática. João Pessoa, PB: Santa Marta.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN – 272/2002. Determina que a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada, como atividade privativa do enfermeiro e dá outras providências [legislação na Internet]. Brasília; 2002 [citado 2008 ago. 13]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/>

Apêndice I

Interfacede	Base	Data	Estratégia de busca	Nº Registros
PubMed	Medline	05/03/14	("Vocabulary, Controlled"[Mesh] OR "Classification"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh] AND ("nursing diagnosis"[All Fields] OR "Outcome Assessment (Health Care)"[All Fields] OR "Nursing Process"[All Fields])	195
PubMed	Medline	05/03/14	((("Vocabulary, Controlled"[Mesh] OR "Classification"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh] AND ("nursing diagnosis"[All Fields] OR "Outcome Assessment (Health Care)"[All Fields] OR "Nursing Process"[All Fields]))) AND ("Brazil" OR "Brasil"[Affiliation])	6
BVS	LILACS	05/03/14	("Vocabulary, Controlled" OR "Classification") AND "Nursing" AND ("nursing diagnosis" OR "Outcome Assessment (Health Care)" OR "Nursing Process")	207
BVS	LILACS	05/03/14	(nursing and classification AND (diagnosis OR intervention OR outcome)) [Palavras] and ("Brasil" or "Brazil") [Pais de Afiliação]	139
BVS	LILACS	05/03/14	nursing and classification AND (diagnosis OR intervention OR outcome) [Palavras]	415
BVS	LILACS	05/03/14	nursing and classification AND (diagnosis OR intervention OR outcome) [Palavras] and Brasil or Brazil [Pais de Afiliação]	175
Total de registros				1137

INTEROPERABILIDAD EN EL ÁMBITO DE LOS LENGUAJES ENFERMEROS

AUTOR

José Luis Aréjula Torres

INTRODUCCIÓN

La incorporación de las tecnologías de la información y las comunicaciones por parte de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, ha permitido en los últimos años proveer a los profesionales de sistemas de información y aplicaciones que han facilitado el acceso a una información de calidad sobre la salud individual de los ciudadanos.

Actualmente, todas las Comunidades Autónomas tienen sistemas de Historia Clínica (o de Salud) Electrónica (o Digital) (HCE), de forma prácticamente completa en el ámbito Atención Primaria. Este nivel de implantación es inferior en Atención Especializada, aunque no está por debajo del que corresponde a otros países desarrollados.

Estos sistemas incorporan funcionalidades que aportan efectividad, eficiencia y seguridad al proceso de atención.

El reto actual en la sanidad es garantizar, a los ciudadanos y a los profesionales sanitarios, el acceso a toda la información clínica relevante para la atención sanitaria desde cualquier lugar, no solo desde el ámbito del Sistema Nacional de Salud sino que también es una necesidad y un requerimiento en el ámbito europeo (proyecto EpSOS).

Los sistemas desarrollados hasta ahora no están concebidos para ofrecer esta información cuando es requerida por otros sistemas en un escenario donde el paciente debe ser atendido fuera del ámbito, ya no solo geográfico sino la mayoría de las veces local, a donde su información se ha generado.

En este sentido el mandato legal establece a través de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 56 dirige al Ministerio de Sanidad y Consumo, hoy de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), coordinar los mecanismos de intercambio electrónico de información clínica y salud individual, para permitir el acceso, tanto al usuario como a los profesionales, en los términos estrictamente necesarios para garantizar la calidad de la asistencia y la confidencialidad e integridad de la información.

Adicionalmente, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, en su disposición adicional tercera, establece que "El Ministerio de Sanidad y Consumo, en coordinación y con la colaboración de las Comunidades Autónomas competentes en la materia, promoverá, con la participación de todos los interesados, la implantación de un

sistema de compatibilidad que, atendida la evolución y disponibilidad de los recursos técnicos y la diversidad de sistemas y tipos de historias clínicas, posibilite su uso por los centros asistenciales de España que atiendan a un mismo paciente, en evitación de que los atendidos en diversos centros se sometan a exploraciones y procedimientos de innecesaria repetición”.

Todo ello exige la adopción de elementos de interoperabilidad y la aplicación de criterios de normalización de la información entre todos los Servicios de Salud que permita alcanzar estos objetivos del Sistema Sanitario facilitando la protección de la salud de los ciudadanos en todo momento y con independencia del lugar donde precisen atención sanitaria.

En resumen, se precisa poder reutilizar la información existente sobre la salud de cualquier ciudadano, para proporcionarle una atención adecuada y de calidad.

LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

En el año 2006 nace el proyecto de la HCDSNS dentro del conjunto de proyectos denominado Sanidad en Línea y enmarcado en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS) orientado a contribuir a la generalización del uso de las nuevas tecnologías en el sistema sanitario para mejorar la atención a pacientes y ciudadanos.

En este proyecto estableció los contenidos de la HCDSNS con la participación profesional a través de grupos de expertos en los que se definió el conjunto mínimo de datos que debería contemplar cada informe.

El resultado del trabajo de estos grupos y que fue refrendado por el consenso institucional de todas las CCAA dio lugar en la HCDSNS a las especificaciones y requerimientos de los documentos de información clínica:

Informe Clínico de Alta

Informe Clínico de Consulta Externa

Informe Clínico de Urgencias

Informe Clínico de Atención Primaria

Informe de Cuidados de Enfermería

Informe de Resultados de pruebas de imagen

Informe de Resultados de pruebas de laboratorio

Informe de Resultados de otras pruebas diagnósticas

Historia Clínica Resumida

A partir de la publicación del real decreto 1093/2010 (Conjunto Mínimo de Datos de los Informes Clínicos en el Sistema Nacional de Salud) pudimos contar con una definición del modelo de datos de los documentos clínicos más relevantes.

En el ámbito de la enfermería la publicación de dicho decreto permite por un lado disponer de un modelo de datos para los informes clínicos relativos a los cuidados de un paciente, independientemente del ámbito asistencial en que fuera atendido o el motivo que generara la necesidad de cuidados, y por otro define el contenido del informe sustentado en la aplicación de la metodología enfermera y de un lenguaje profesional normalizado para facilitar el intercambio de información entre todos los profesionales enfermeros.

Posteriormente y de forma adicional se incorpora en el documento de Historia Clínica Resumida (HCR) la información enfermera especialmente relevante para la atención sanitaria en los que se incluyen los diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería en el paciente.

El adecuado cumplimiento de las especificaciones de contenido de esta norma en los informes existentes en general y en los informes de cuidados de enfermería en particular obliga a realizar un esfuerzo interno de validación de los documentos existentes en cada sistema de información clínico. Se trata de un proceso de cambio a realizar en cada sistema para que, dentro de cada ámbito de decisión, sea posible garantizar que los documentos electrónicos producidos se adaptan a la normativa.

Para avanzar en la interoperabilidad de la historia clínica electrónica es necesario incorporar modelos de referencia que nos resulten útiles y nos permitan construir e identificar adecuadamente los contenidos. Es un trabajo que se realiza habitualmente en el diseño de informes en papel pero sin aplicar un modelo estandarizado.

Sin embargo, la utilización de modelos de referencia como la norma UNE-EN ISO 13606:1 es un paso imprescindible para recoger de forma estructurada los requerimientos de los profesionales clínicos y poderlos transferir a los responsables del desarrollo para su implementación en los sistemas de información clínicos.

LA INTEROPERABILIDAD

Para alcanzar el propósito de compartir y reutilizar la información de salud entre sistemas de información heterogéneos es necesario que los sistemas sean interoperables.

Pero ¿de qué hablamos cuando hacemos referencia a la interoperabilidad? el Vocabulario de Tecnologías de la Información - Términos Fundamentales, o ISO/IEC 2382-01) define la interoperabilidad como la "capacidad para comunicarse, ejecutar aplicaciones o transferirse datos entre varias unidades funcionales sin que el usuario necesite conocer las características particulares de dichas unidades".

La definición aunque explícita el concepto general de interoperabilidad es preciso detallar distintos niveles de interoperabilidad que son en la mayoría de las veces progresivos puesto que sin el nivel previo de interoperabilidad difícilmente podremos acceder a un nivel de interoperabilidad superior, si bien la interoperabilidad organizativa es un catalizador imprescindible en la coordinación del resto de niveles de interoperabilidad

Actualmente existe un acuerdo en cuanto a la descripción de los diferentes tipos de interoperabilidad que actúan en cada uno de los niveles de las organizaciones.

En función de este esquema organizativo podemos distinguir entre 5 niveles de interoperabilidad, técnica, sintáctica, semántica y organizativa.

Interoperabilidad técnica: es la base en la que se sustenta la conexión entre sistemas, define los interfaces, tanto físicos como lógicos, que permiten los sistemas puedan intercambiarse información. Establece desde las características de los elementos de hardware utilizados hasta protocolos de comunicación, pasando por la definición de las comunicaciones inalámbricas o el formato técnico de los datos.

Interoperabilidad sintáctica: Este tipo de interoperabilidad permite la transferencia de documentos. Se encarga de que en los documentos o en los mensajes intercambiados se ajusten al modelo definido, pero sin la necesidad de que exista significación semántica. Los estándares centrados en la comunicación proveen estructuras de datos que determinan un nivel semántico mínimo (tipos, formatos, codificación, campos, tamaños y otros) y proveen también de normas de construcción (sintaxis) para representar esas estructuras en un formato comunicable vía informática. Ese nivel semántico mínimo es necesario para que la información pueda ser enviada y recibida, pero no garantiza la interpretación efectiva de la información comunicada ya que actúan como meros mensajeros sin intervenir en el contenido de lo comunicado y sin poder reaccionar dependiendo del mismo. Es un tipo interoperabilidad que tiene un nivel de desarrollo alto, si bien en el campo sanitario es aún necesaria alguna evolución, no pocas veces la asunción de estos estándares requiere modificaciones en los softwares de los sistemas emisores y receptores de los mensajes.

En el rango de normas en las que basarse para conseguir la interoperabilidad sintáctica ponemos encontrar XML, HL7 2.x, DICOM, CDA como estándares más utilizados.

Una vez que se logra interoperabilidad sintáctica entre dos o más sistemas heterogéneos, es posible avanzar un paso más para lograr la correcta interpretación y uso efectivo de la información intercambiada.

Interoperabilidad semántica: según la definición del Comité Técnico 251 de CEN, es el estado que existe entre dos entidades-aplicaciones cuando, con respecto a una tarea específica, una

aplicación puede aceptar datos de la otra y realizar esa tarea de manera satisfactoria, sin necesidad de intervención externa de un operador.

Es decir, dos sistemas serán semánticamente interoperables si la información circula entre ellos sin que el significado original se vea alterado y cada uno de ellos entiende por sí mismo lo que el otro le envía y puede actuar en consecuencia de manera automática.

En el propósito de proveer a los sistemas de los recursos necesarios para mantener una continuidad asistencial eficiente, la interoperabilidad semántica es un requerimiento necesario (aunque no suficiente) y permite poner a disposición de los profesionales de la información precisa allí donde y cuando la necesitan independientemente de la fuente original de los datos requeridos.

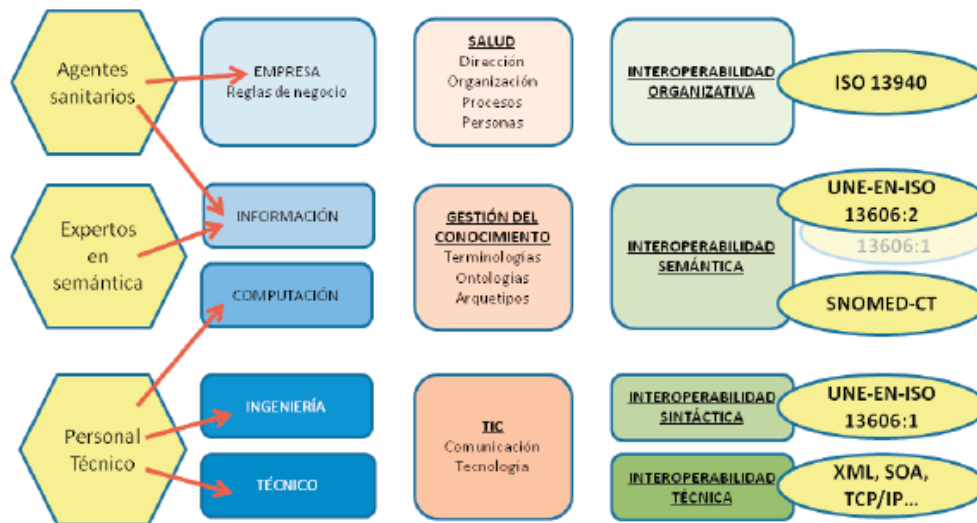
Las terminologías en su uso para codificar la información no es suficiente para conseguir la interoperabilidad semántica, pues la información clínica precisa además de su contenido, transmitir el contexto en el que se ha generado la información (quién, cuándo, con qué fin, sobre quién, el grado de fiabilidad, etc.) así como poder estructurar y presentar la información generada en torno a los conceptos de una manera que tenga sentido para los profesionales.

Para el primer propósito de codificación las terminologías (SNOMED-CT, CIE-10, LOINC, NANDA, NOC, NIC etc.); para expresar el contexto están los modelos de referencia (UNE-EN ISO 13606:1, RIM, CDA...) y para formalizar y compartir los conceptos hay mecanismos como los arquetipos (por ejemplo los definidos en UNE-EN ISO 13606:2) o los modelos clínicos detallados (DCM).

Interoperabilidad organizativa: la interoperabilidad organizativa se sustenta en las reglas de negocio. Para que dos organizaciones puedan cooperar deben compartir un contexto común en sus procedimientos y flujos de trabajo. Difícilmente podrán interoperar, por ejemplo, si las definiciones de proceso, plan asistencial u orden de asistencia son diferentes o incompatibles.

Actualmente, las definiciones de algunos de estos conceptos vienen impuestas por los sistemas de información que se utilizan en las diferentes organizaciones y que los proveedores han incluido en sus desarrollos sin formalizarlos previamente. Otros conceptos son establecidos por las políticas de salud desarrolladas por las diferentes administraciones de las que dependen las organizaciones (de ahí el concepto que utilizan algunos autores de interoperabilidad política).

En este campo queda mucho por hacer, aunque se están comenzando a dar los primeros pasos, al menos en el entorno de la normalización, principalmente la norma UNE-EN ISO 13940 (sistema de conceptos para dar soporte a la continuidad de la asistencia). Utilizando, por ejemplo, el sistema de conceptos proporcionado por la norma 13940 a todos los niveles y principalmente en los flujos de trabajo y los servicios de las organizaciones, se conseguiría compartir un contexto común que facilitaría en gran medida la interoperabilidad.



EL PAPEL DE LAS TERMINOLOGÍAS

Atendiendo a una definición formal una terminología clínica es un conjunto de términos estructurados y normalizados que busca servir de instrumento para el registro de datos clínicos, como base para posibles investigaciones o como medio de intercambio de información clínica entre profesionales para la atención de la salud de los pacientes.

En los sistemas de información, y de forma concreta en las historias clínicas electrónicas, las terminologías actúan como una forma de entrada y de almacenamiento de datos estandarizados. Las terminologías a su vez se utilizan para representar el conocimiento y apoyar el intercambio de la información.

Los requerimientos de codificación y normalización son necesarios en muchos ámbitos y para distintos tipos de profesionales. En función de esas necesidades surgen diferentes tipos de terminologías cada una con su perspectiva, ámbito de aplicación y que cuentan con vocabularios y estructuras (taxonomías) diferentes.

A nivel nacional la publicación del real decreto 1093/2010 (Conjunto Mínimo de Datos de los Informes Clínicos en el Sistema Nacional de Salud) donde se especificaba el modelo de datos para los Informes de cuidados en la HCDSNS, se materializó la selección de las terminologías en el dominio de Enfermería que conformarían dicho Informe y que supuso un refrendo a la realidad respecto al uso de las terminologías más extendidas, y ampliamente utilizadas en el contexto nacional, los Diagnósticos de Enfermería de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), la Clasificación de Intervenciones de Enfermería o NIC (Nursing Interventions Classification) y la Clasificación de Resultados de Enfermería o NOC (Nursing Outcomes Classification).

Las terminologías de enfermería juegan un papel importante en la descripción y definición del cuidado enfermero, proporcionan los conceptos y definiciones claras de la fenómenos de la enfermería, mejoran la atención de enfermería al permitir enfermeras y otro tipo de profesionales puedan utilizar la misma terminología para describir los problemas de los pacientes y facilitan la investigación sobre la prestación de los cuidados.

Las terminologías normalizadas de enfermería son por tanto importantes y necesarias para fijar la práctica, hacer explícito el papel jugado por la enfermería en el sistema sanitario y determinar el coste de los servicios realizados. Sin embargo, no son suficientes para compartir la información y reutilizar los datos entre distintos sistemas.

En este sentido y ligado también al proyecto de la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud el entonces Ministerio de Sanidad y Política Social desarrolla una estrategia encaminada a proveer a los distintos agentes del SNS de los servicios semánticos necesarios para alcanzar la interoperabilidad plena de la historia clínica digital.

Uno de los primeros objetivos marcados en esta nueva línea, definida a través de una hoja de ruta de interoperabilidad semántica, ha sido la adopción de SNOMED CT™ ((Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms) como como terminología clínica de referencia para la historia clínica electrónica en todas las Comunidades Autónomas de España para permitir la interpretación automática de los contenidos transmitidos entre sistemas heterogéneos de forma precisa y en idiomas diferentes.

Esto se operativiza con la entrada de España a través del MSSSI en la International Health Terminology Standards Development Organisation (IHTSDO) es una organización sin ánimo de lucro, constituida en 2007, y que tiene los derechos de propiedad intelectual de SNOMED CT.

Su propósito es desarrollar, mantener, promover y permitir la adopción y el uso correcto de los productos terminológicos normalizados en los sistemas de salud de todo el mundo con objeto de beneficiar el proceso asistencial y la salud de los pacientes.

Como miembro de la IHTSDO, el Ministerio de Sanidad y Política Social, asume el papel de distribuir SNOMED CT en España, así como el desarrollar una versión nacional, adaptada a las necesidades concretas de nuestro Sistema Nacional de Salud.

SNOMED CT Y SU APLICACIÓN PARA RECUPERAR DATOS

SNOMED CT provee una terminología común que constituye un instrumento consistente que permite introducir información clínica en los sistemas de forma estandarizada, asociados a códigos. Ello comporta precisión en la representación de los datos clínicos y facilita la interoperabilidad entre sistemas clínicos heterogéneos. La terminología SNOMED CT es la

terminología clínica integral, multilingüe y codificada de mayor amplitud, precisión e importancia desarrollada en el mundo.

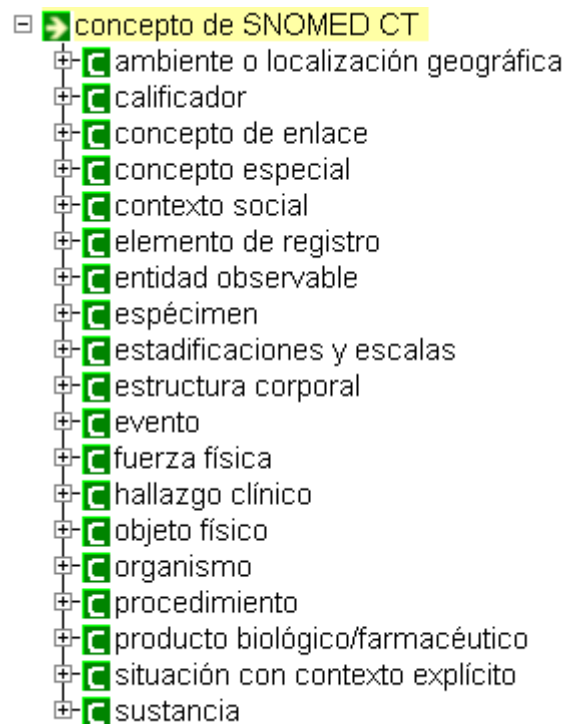
SNOMED CT puede ser utilizado como lenguaje de referencia debiendo establecer en ese caso las relaciones entre los términos locales y los conceptos SNOMED CT y puede ser utilizado como lenguaje de interfaz para el registro de información. Todo ello con el propósito esencial de facilitar una terminología completa que proporcione contenido clínico consistente, fiable e interoperable.

Esta terminología permite la representación de la información clínica para su interpretación automática y de forma precisa entre sistemas diferentes, al actuar como terminología de referencia.

Una terminología de referencia se caracteriza por tener una colección de conceptos y de relaciones entre ellos usada como un punto de referencia común para comparar datos recolectados por múltiples individuos utilizando variedad de sistemas diferentes en diversas instituciones.

La pieza o unidad semántica básica de la terminología son los conceptos, estructurados en múltiples jerarquías, que se asocian a descripciones y mantienen relaciones entre ellos. Cada concepto de SNOMED CT tiene un identificador numérico único, permanente y no reutilizable denominado ConceptID. La secuencia de dígitos en un ConceptID no transmite información alguna relacionada con su significado o naturaleza.

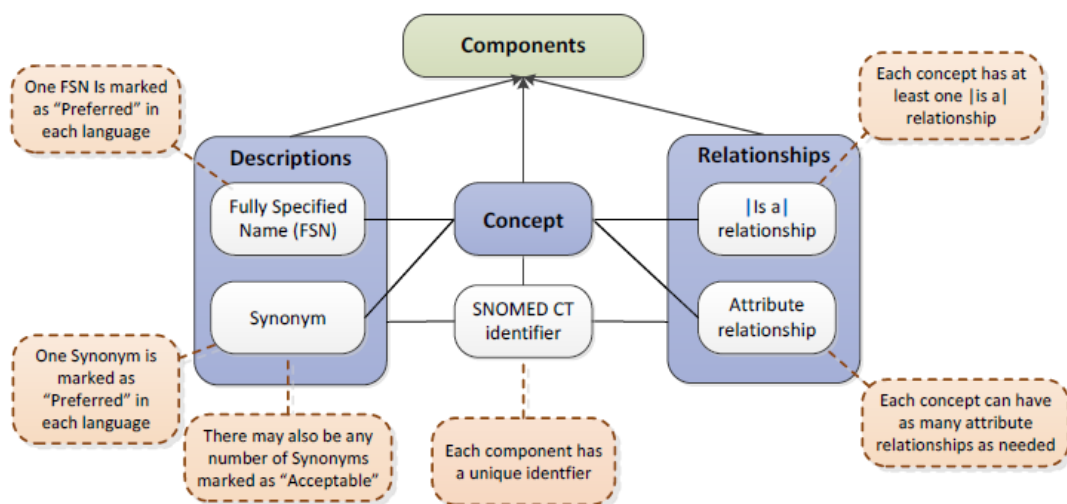
SNOMED CT contiene 19 jerarquías que se han elaborado siguiendo un orden lógico, determinado por una cualidad o un atributo (el nombre de la jerarquía). En las jerarquías, los conceptos más específicos (hijos) se agrupan dentro de los más generales (padre) con la relación ES_UN (IS_A), lo que le provee de múltiples niveles de especificidad (granularidad) para poder trabajar con niveles diferenciados de agrupación.



Además de las relaciones de jerarquía (IS_A) existen relaciones de tipo definitorio (las que modelan características esenciales de los conceptos) y relaciones calificadoras (las que permiten enriquecer la expresión de un concepto mediante atributos que habitualmente se presentan asociados (gravedad, lateralidad, sitio del procedimiento, sitio del hallazgo)).

Los conceptos se definen formalmente por sus relaciones con otros conceptos.

El significado de un concepto se representa con términos legibles para las personas mediante descripciones. Cada concepto clínico representado tiene una definición distintiva (Fully Specified Name) que es el nombre primario e inequívoco para un concepto. A su vez dicho concepto podrá tener términos preferidos (Preferred) y sinónimos (Synonyms) siempre relacionados al concepto padre.

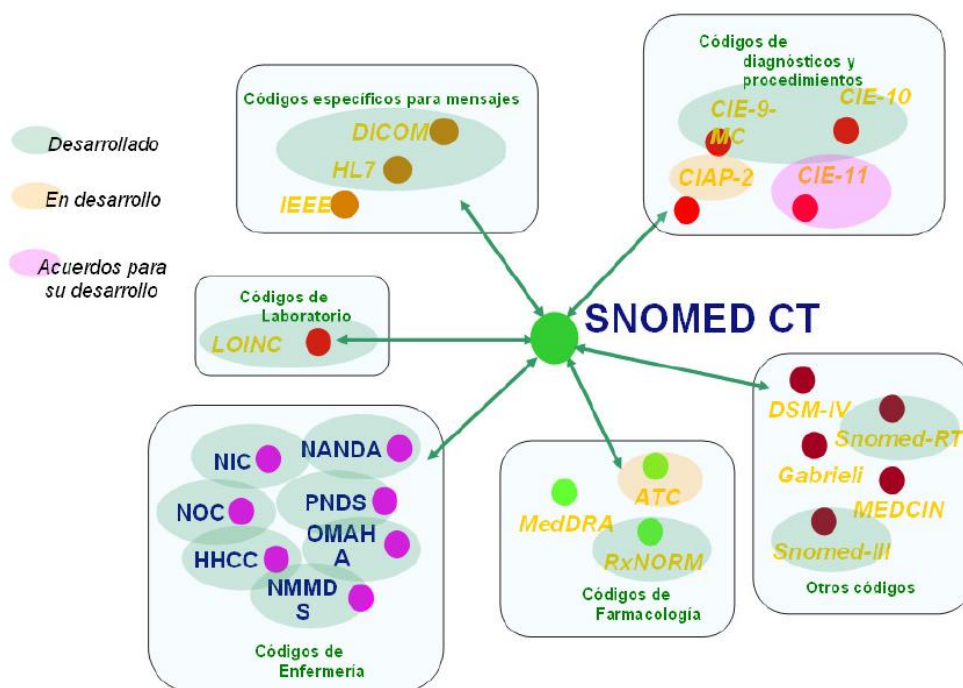


LAS TERMINOLOGÍAS DE ENFERMERÍA EN SNOMED CT

El objetivo de SNOMED CT NO es remplazar a otras terminologías, su propósito es complementarse y servir de terminología de referencia para el desarrollo de la interoperabilidad semántica en la HCE.

Entre las ventajas de SNOMED CT se encuentra la posibilidad de desarrollar mapeos con otras clasificaciones de uso habitual para los usuarios. Actualmente SNOMED CT tiene desarrollados mapeos con las terminologías de enfermería más representativas (NANDA, NOC, NIC, Omaha System, ICNP, PND, CCC)

Por otro lado dispone de la posibilidad de desarrollar subconjuntos de términos de uso organizacional o traducciones en otras lenguas pero, que seguirán manteniendo un significado único para todos los usuarios de SNOMED CT



Las terminologías normalizadas de enfermería que integran el informe de cuidados (NANDA, NOC, NIC) se encuentran integradas en SNOMED CT a partir de las jerarquías de nivel superior.

Los conceptos representados por las etiquetas de los Diagnósticos de Enfermería de la NANDA se encuentran integrados en la jerarquía de 'Hallazgos Clínicos'. La Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC tiene integrados sus conceptos de intervención en la jerarquía de 'Procedimientos'. Los conceptos de las etiquetas de los resultados de NOC están en la jerarquía de 'Entidades Observables'.

Podemos verificar a modo de ejemplo como los distintos conceptos y sus relaciones se describen para un caso de uso en el diagnóstico Riesgo de caídas (hallazgo clínico)

Concept Status: **current**

▢ Descriptions

- Lang: en-US
 - F at risk for falls (finding)
 - P at risk for falls
 - S at risk of falls
 - S fall risk
- Lang: es
 - F riesgo de caídas (hallazgo)
 - P riesgo de caídas

▢ Definition: Primitive

- is a
 - D at risk - finding
- interprets
 - D general clinical state

▢ Codes

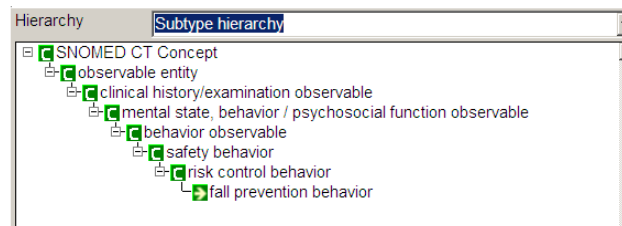
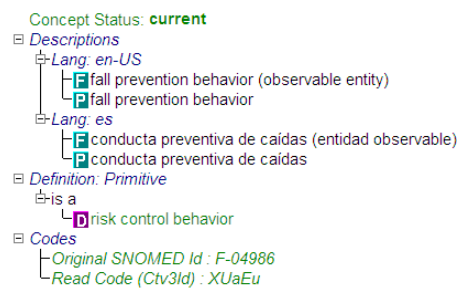
- Original SNOMED Id : F-0A152
- Read Code (Ctv3Id) : XUPta

Hierarchy

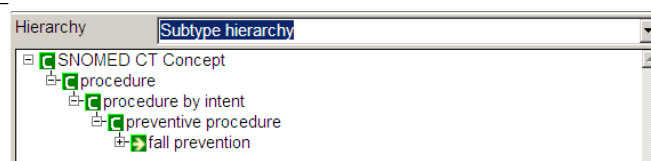
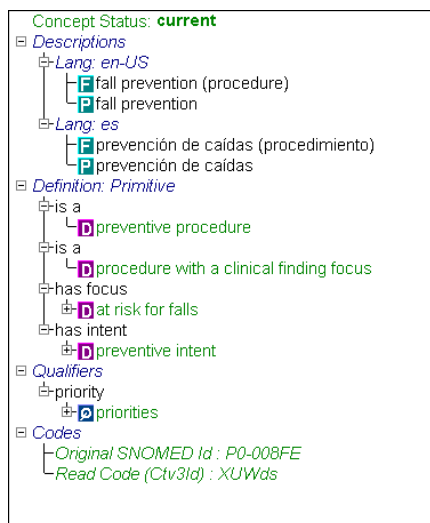
Subtype hierarchy

- SNOMED CT Concept
 - clinical finding
 - general clinical state finding
 - at risk - finding
 - at risk for falls

Del resultado conducta de prevención de caídas (entidad observable)



De la intervención Prevención de caídas (procedimiento)



Por contra, no existen mapeos disponibles de otros elementos imprescindibles en el uso de estas terminologías como son las características definitorias y factores relacionados / factores de riesgo de los diagnósticos de enfermería, los indicadores de los resultados NOC o de las actividades de las Intervenciones de enfermería (NIC). La inexistencia de mapeos desarrollados a estos elementos no implica directamente que los conceptos no existan en la lista de referencias de SNOMED CT sino que no hay un proceso explícito y sistemático del desarrollo de estos mapeos o de las extensiones que fueran necesarias para completar los conceptos de SNOMED con los conceptos extraídos de dichos elementos.

Esta falta de desarrollo es en realidad propiciada por un problema de origen en dichas codificaciones ya que salvo los indicadores de los resultados NOC, en el resto de componentes expuestos no existe una codificación definida, en el caso de (CD y FR de NANDA) ni tan siquiera propuesta o bien aunque exista una sugerencia de codificación (Actividades NIC) esta no está mantenida en el tiempo para evitar recodificaciones, repeticiones, redundancias y asegurando el mantenimiento del versionado.

EL MODELO DE PRODUCCIÓN DE SUBCONJUNTOS PARA LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (HCDSNS)

La realidad clínica, la complejidad en su implementación y las dimensiones de la propia terminología de SNOMED CT, hacen necesaria una estrategia de abordaje fraccionado que permita abarcar escenarios clínicos específicos con la suficiente cobertura y al nivel de detalle requerido.

SNOMED CT dispone de la posibilidad de desarrollar subconjuntos de términos de uso organizacional o traducciones en otras lenguas pero, que seguirán manteniendo un significado único para todos los usuarios de SNOMED CT.

Un subconjunto es una colección de terminología, seleccionada y agrupada para un propósito concreto. Esto incluye un conjunto de conceptos, descripciones o relaciones apropiadas para un idioma, dialecto, país, especialidad, organización, usuario o contexto en particular. Por consiguiente, un subconjunto es un derivado del núcleo internacional de SNOMED CT o de una extensión normalizada, que equivale a una porción seleccionada y compuesta por una serie de conceptos, descripciones o relaciones que se extraen con objeto de ser utilizados para unos fines determinados.

El desarrollo de subconjuntos de SNOMED CT supone un elemento especialmente útil en aquellos dominios de la HCE que no están codificados con términos controlados por ninguna terminología internacional y se gestionan en las aplicaciones a través de terminologías locales (vacunaciones, procedimientos, etc.)

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) que como ya hemos comentado asume el rol de Centro Nacional de Referencia para SNOMED CT dentro de nuestro territorio nacional y, en colaboración con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, dentro de su estrategia de normalización e interoperabilidad semántica para la HCDSNS, se encuentra elaborando subconjuntos que den cobertura a las diferentes variables clínicas que forman parte del Real Decreto 1093/2010 sobre el Conjunto Mínimo de Datos de los Informes Clínicos del SNS (CMDIC).

En estos momentos, se centra en la producción de subconjuntos para la Historia Clínica Resumida. Las variables incluidas dentro de este informe son: alergias, vacunaciones, problemas resueltos, cerrados o inactivos, problemas y episodios activos, tratamiento (recomendaciones y fármacos), alertas, observaciones subjetivas del profesional y diagnósticos, resultados e intervenciones de Enfermería.



Actualmente en estado el desarrollo los estos subconjuntos relacionados con las terminologías de enfermería están en proceso de estudio.

Fecha de actualización: 15/01/2013

ID	Nombre	Contenido	Autor	Fecha	Versión	Estado	Notas
1	Vacunaciones.pdf	Subconjunto de Vacunaciones	MSSSI	10/02/2012	0.8	Desarrollo	En pruebas
2	Alergias.pdf	Subconjunto de Alergias	MSSSI	10/02/2012	0.4	Desarrollo	En pruebas
3	Alertas.pdf	Subconjunto de Alertas	MSSSI	05/11/2012	0.6	Desarrollo	En pruebas
4	Problemas activos / inactivos	Subconjunto de Problemas activos / inactivos	MSSSI				En elaboración
5	Recomendaciones terapéuticas.pdf	Subconjunto de recomendaciones terapéuticas	MSSSI	03/12/2012	0.3	Desarrollo	En pruebas
6	Tratamiento - Fármacos	Subconjunto de prescripciones activas	MSSSI				En elaboración
7	Observaciones subjetivas.pdf	Subconjunto de observaciones subjetivas	MSSSI	31/08/2012	0.2.1	Desarrollo	En pruebas
8	Diagnósticos de enfermería	Subconjunto de Diagnósticos de enfermería	MSSSI				En estudio
9	Intervenciones de enfermería	Subconjunto de Intervenciones de enfermería	MSSSI				En estudio
10	Resultados de enfermería	Subconjunto de Resultados de enfermería	MSSSI				En estudio
11	Tipos de documentos	Subconjunto para identificación de los tipos de documentos del CMDIC	MSSSI				En elaboración
12	Variables del CMDIC	Subconjunto para identificación de variables del CMDIC	MSSSI				En elaboración
13	Categoría profesional	Subconjunto de Categorías profesionales	MSSSI				En elaboración
14	Motivo de alta	Subconjunto de Motivos de alta	MSSSI				En elaboración
15	Tipo de ingreso	Subconjunto de Tipos de ingreso	MSSSI				En elaboración
16	Procedencia	Subconjunto de Procedencia	MSSSI				En elaboración
17	Tipo de consulta	Subconjunto de Tipo de consulta	MSSSI				En elaboración
18	Tipo de muestra	Subconjunto de Tipo de muestra	MSSSI				En elaboración

Si bien, como ya se ha expuesto SNOMED CT no trata de sustituir ninguna terminología que presta un servicio adecuado a los profesionales del dominio concreto, es necesario el desarrollo de los subconjuntos específicos de modo que se verifique la presencia de los conceptos en SNOMED CT y se desarrollen si es el caso las extensiones necesarias para el subconjunto de modo que pueda lograrse el propósito de que SNOMED CT funcione como terminología de referencia para la implementación de sistemas interoperables.

Como parte de este proyecto de desarrollo de subconjuntos desde el MSSSI se está estudiando la posibilidad de incorporar un servidor de terminologías para el SNS que, con una serie de servicios web incorporados, permitan mejorar las tareas de mantenimiento, gestión de versiones y publicación de las terminologías de uso para la HCE.

CONCLUSIONES

El desarrollo de las HCDSNS y del modelo de informes para CMDIC inició en el estado español un proceso de normalización con la orientación finalista de conseguir un sistema sanitario interoperable que diera respuesta las necesidades de profesionales y ciudadanos.

A nivel específico del campo de la enfermería, la publicación del Informe de cuidados junto con la elección de las terminologías de uso para el mismo supuso un referendo institucional a una realidad plasmada en la mayor parte de los sistemas de información de cuidados en el ámbito nacional.

El objetivo de la interoperabilidad de la HCE no es un proceso fácil y requiere de un esfuerzo consciente y progresivo en cada uno de los tipos de interoperabilidad, desde la técnica a la organizativa siendo esta última el elemento clave y catalizador del resto de capacidades para compartir información.

La decisión de MSSSI de optar por su ingreso en la IHTSDO y la selección de SNOMED CT como terminología de referencia constituyéndose como centro nacional de referencia está sirviendo de motor al resto de CCAA en un trabajo cooperativo con el propósito de la interoperabilidad semántica.

El uso de terminologías normalizadas en el ámbito sanitario y en particular en el campo de la enfermería ha permitido identificar la aportación específica de las enfermeras, normalizar su práctica e investigar en el campo de los cuidados. Pero en el actual contexto de la informatización sanitaria el uso de terminologías normalizadas de enfermería (NANDA, NIC y NOC) no es suficiente para garantizar que la información pueda ser compartida y reutilizada.

La nomenclatura SNOMED CT como terminología de referencia funciona como un módulo de interlingua entre distintos sistemas. Esta funcionalidad de SNOMED CT posibilita seguir

utilizando los diseños y los sistemas de codificación del dominio pero aportando la ventaja de no quedar aislado o imposibilitado para compartir la información.

Por otro lado SNOMED CT no es competitiva con otras terminologías sino que aporta su sistema de conceptos y relaciones para mejorar el detallado de la información y su contexto. Adicionalmente y para elementos no controlados por terminologías permite normalizar todo aquello que se precisa detallar y registrar para poder ser reutilizado, a partir de los conceptos descritos en SNOMED CT.

El desarrollo de subconjuntos de SNOMED CT es una herramienta efectiva para reutilizar de una forma simplificada la información de la terminología tanto para su uso directo como para los mapeos necesarios para su utilidad como terminología de referencia.

Es proceso costoso pero apasionante y productivo en el propósito de mejorar el cuidado a nuestros ciudadanos.

BIBLIOGRAFÍA

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Área de Recursos Semánticos. [Online]. Available from: <http://www.msps.es/profesionales/hcdsns/areaRecursosSem/home.htm>

International Health Terminology Standards Organisation. [Online]. Available from: www.ihtsdo.org.

IHTSDO. SNOMED CT - User Guide. [Online]. Available from: http://www.ihtsdo.org/fileadmin/user_upload/doc/ug/.

OpenEHR. Archetype Object Model. [Online].; 2007 [cited 2013 05 28]. Available from: <http://www.openEHR.org>.

Boletín Oficial del Estado. Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos. [Online].; 2007 [cited 2013 05 28]. Available from: www.boe.es/boe/dias/2007/06/23/pdfs/A27150-27166.pdf

Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 4/2010, de 8 de enero, por el que se regula el Esquema Nacional de Interoperabilidad en el ámbito de la Administración Electrónica. [Online].; 2010 [cited 2013 05 28]. Available from: www.boe.es/boe/dias/2010/01/29/pdfs/BOE-A-2010-1331.pdf.

Instituto de Información Sanitaria. El sistema de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud. [Online].; 2009 [cited 2013 05 28]. Available from: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/HCDSNS_Castellano.pdf

Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos del SNS. [Online]; 2010 [cited 2013 05 28]. Available from: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/09/16/pdfs/BOE-A-2010-14199.pdf>.

AENOR. UNE-EN 13940-1:2007. Informática sanitaria. Sistema de conceptos para dar soporte a la continuidad de la asistencia. Parte 1: Conceptos básicos; 2007.

AENOR. UNE-EN ISO 12967-1:2012. Informática sanitaria. Arquitectura de servicios. Parte 1: Punto de vista de la empresa; 2012.

AENOR. UNE-EN ISO 13606-1:2013. Informática sanitaria. Comunicación de la historia clínica electrónica. Parte 1: Modelo de referencia; 2013.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Factoría de Recursos Semánticos. [Online]. [cited 2013 05 28]. Available from: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/hcdsns/areaRecursosSem/factoria.htm>.

Hardiker NR, Coenen A. Interpretation of an international terminology standard in the development of a logic-based compositional terminology. *International Journal of Medical Informatics*. 2007; 76S2: S274-S280.

Hardiker NR, Rector AL. Modeling nursing terminology using the GRAIL representation language. *J Am Med Inform Assoc* 1998; 5: 120-128.

Hardiker, N R 2011 'Developing standardised terminologies to support nursing practice', in: McGonigle, D & Mastrian, K (eds.), *Nursing informatics and the foundation of knowledge*, Second edition, Jones and Bartlett Publishers LLC, Boston, USA, pp.111-120.

Youn Kim T, Coenen A, Hardiker N. Semantic mappings and locality of nursing diagnostic concepts in UMLS. *Journal of Biomedical Informatics* 45 (2012) 93–100

Romá-Ferri, MT, Palomar M. Análisis de terminologías de salud para su utilización como ontologías computacionales en los sistemas de información clínicos. *Gaceta Sanitaria* 2008; 22(5): 421-433.

Escolar F, Carnicero J (Coord). El sistema integrado de información clínica. Informe SEIS [monografía electrónica]. Madrid: Sociedad Española de Informática de la Salud. 2004. Consultado: 15 Mayo 2009. Disponible en:<http://www.conganat.org/SEIS/informes/2004/PDF/informeseis2004.pdf>

La Nomenclatura Sistematizada de Medicina (SNOMED CT) en la normalización de la terminología clínica para registros sanitarios; Alejandro Lopez Osornio, Patricia Houghton, Joseph Schramm, Guillermo Reynoso; *I+S Informática y Salud* 2006; 59: 21-28, Noviembre 2006

Lundberg, C., Warren, J., Brokel, J., Bulechek, G., Butcher, H., McCloskey Dochterman, J., Johnson, M., Mass, M., Martin, K., Moorhead, S., Spisla, C., Swanson, E., & Giarrizzo-Wilson, S. (June, 2008). Selecting a Standardized Terminology for the Electronic Health Record that Reveals the Impact of Nursing on Patient Care. Online Journal of Nursing Informatics (OJNI), 12,(2). Available at http://ojni.org/12_2/lundberg.pdf

Unidad de investigación en Telemedicina y e-Salud. Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Economía y Competitividad. MUÑOZ CARRERO, A.; ROMERO GUTIERREZ, A.; MARCO CUENCA, G.; ABAD ACEBEDO, A.; CÁCERES TELLO, J.; SÁNCHEZ DE MADARIAGA, R.; SERRANO BALAZOTE, P.; MONER CANO, A.; MALDONADO SEGURA, J.A.: "Manual práctico de interoperabilidad semántica para entornos sanitarios basada en arquetipos". Madrid: Unidad de investigación en Telemedicina y e-Salud - Instituto de Salud Carlos III, julio de 2013.

Moorhead S, Johnson M, Maas M. Swanson E. (2009). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ªed. Madrid: Elsevier

Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. (2009). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª Edición. Madrid: Elsevier

Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier

PROYECTO CENES: APLICACIÓN SISTEMÁTICA DE LA METODOLOGÍA ENFERMERA EN LOS CUIDADOS PROFESIONALES

AUTOR

Antonio Arribas Cachá.

Responsable de Metodología. Enfermera de FUDEN

CONCEPTO GENERAL DE TAXONOMÍA

Mientras que la taxonomía es la ciencia que se ocupa de los principios, métodos y fines de la clasificación, una taxonomía se define como la clasificación que se realiza según una ciencia.

Con esta definición objetiva de este término es fácil entender como las taxonomías tiene una gran influencia en relación al contenido de una determinada ciencia, constituyendo un elemento fundamental para dar respuesta a la existencia de un "cuerpo propio de conocimiento", como elemento básico e imprescindible que debe estar presente en toda disciplina, sin embargo con esta definición objetiva del término de taxonomía no es fácil comprender su influencia sobre la calidad sanitaria y la seguridad del paciente, motivo de esta ponencia.

CONCEPTO GENERAL DE TAXONOMÍAS DEL CUIDADO.

Si continuamos avanzando en la significación de este concepto, en el ámbito en el que utiliza este término, se refiere a las "taxonomías del cuidado", lo que permite concretar que la ciencia a la que hace referencia es a la enfermería, como disciplina referente en el cuidado profesional, permitiendo delimitar y clasificar los conocimientos propios del cuidado y dar respuesta a la existencia del "cuerpo propio de conocimiento" de la enfermería.

No obstante, no es fácil todavía comprender su repercusión sobre la calidad y seguridad del paciente, por lo que debemos avanzar en su análisis y definir las particularidades específicas que presentan las taxonomías del cuidado.

CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LAS TAXONOMÍAS DEL CUIDADO.

Existen 4 características básicas que definen las taxonomías del cuidado:

- La utilización de conocimientos científicamente contrastados: Nivel de evidencia.
- La utilización de conocimientos normalizados, a través del establecimiento de unos estándares que permitan asegurar la existencia de un lenguaje normalizado.
- La utilización de conocimientos seguros y fiables obtenidos a través de un proceso de razonamiento lógico válido para investigar.

- La utilización de conocimientos útiles para la práctica clínica, definidos a través de un proceso de validación clínica.

Pero además las taxonomías del cuidado, están integradas dentro de un proceso general de atención a los cuidados, la metodología enfermera, por lo que deben dar respuesta a las características definidas en la estructura de éste para que puedan ser aplicados de manera coordinada con el resto de elementos en la clínica y dar respuesta al segundo de los principios axiomáticos de nuestra profesión.

Las taxonomías del cuidado deben cuidar todas las características propias que definen sus contenidos y además deben acoplarse a las características definidas para cada una de las fases de la estructura de la metodología y atender a todos los niveles definidos en dicha estructura para que sean válidas y aplicables en la clínica.

LAS TAXONOMÍAS COMO RESPUESTA A LOS PRINCIPIOS AXIOMÁTICOS DE LA ENFERMERÍA

El proceso de profesionalización de los cuidados generado a través de los modelos conceptuales supuso:

- La aparición de los cuidados profesionales en lugar de los cuidados naturales practicados hasta ese momento.
- La aparición de los principios axiomáticos de la Enfermería:
 - El Cuidado como esencia de la enfermería.
 - La Enfermería debe aplicar los cuidados con la mayor eficiencia y seguridad posible

El proceso de profesionalización de los cuidados generado a través de los modelos conceptuales supuso:

Para dar respuesta a estas necesidades, las enfermeras generaron los primeros desarrollos en la organización de la aplicación de los cuidados, el denominado Proceso de Atención de Enfermería que una vez culminado su desarrollo fue definido como "Modelo Profesional de Proceso".

Posteriormente se realizaron los desarrollos que abordaron los contenidos científicos de cada uno de los apartados definidos en la estructura, dando lugar a las diferentes Taxonomías del Cuidado, que una vez que permitieron dar respuesta a todas las fases de la estructura conformaron el "Modelo profesional de Lenguaje", como realidad complementaria que define la disciplina enfermera.

EL PROYECTO CENES Y SU APORTACIÓN A LAS TAXONOMÍAS DEL CUIDADO

El proyecto de investigación CENES tiene su origen en el año 1998 a raíz de una necesidad percibida por los profesionales como era la incorporar en los sistema informáticos de gestión clínica la metodología enfermera y la imposibilidad de llevarla a cabo con los desarrollos existentes en ese momento.

Los desarrollos efectuados hasta este momento a través de este Proyecto de investigación permiten complementar las herramientas disponibles para completar definitivamente el ciclo de calidad diseñado por nuestra metodología enfermera. Esto permite por primera vez la utilización sistemática de nuestra metodología en la clínica de manera continua y segura, agilizando la labor del profesional y sirviendo de sistema de ayuda en la toma de decisiones a partir de la primera de la valoración enfermera.

Principales desarrollos:

- En el año 2005 se constituye como proyecto de investigación continuado.
- En el año 2006 se publica la primera taxonomía de cuidados que normaliza los contenidos de la valoración enfermera.
- En el año 2007 se publica la primera y única taxonomía de cuidados que normaliza las manifestaciones clínicas de los diagnósticos de enfermería.
- En el año 2008 se establece la base conceptual del Proyecto CENES basada en el modelo profesional de cuidados definido por la metodología enfermera a través de sus submodelos de proceso o estructura y de contenidos o de lenguaje.
- En el año 2008 se publica la primera y única taxonomía de cuidados que normaliza las etiologías clínicas de los diagnósticos de enfermería.
- En el año 2010 se establece la clasificación taxonómica del Proyecto CENES.
- En el año 2010 se presenta el Proyecto de investigación CENES y todos los desarrollos efectuados hasta ese momento en el Congreso Internacional AENTDE/NANDA celebrado en Madrid.
- En el año 2011 se publica la segunda edición de la taxonomía de cuidados que normaliza las manifestaciones clínicas de los diagnósticos de enfermería.
- En el año 2011 se publica la segunda edición de la taxonomía de cuidados que normaliza las etiologías clínicas de los diagnósticos de enfermería.
- En el año 2012 se publica la segunda edición de la taxonomía de cuidados que normaliza los contenidos de la valoración enfermera.

- En el año 2013 se delimita la estructura normalizada de la valoración enfermera.

Principales aplicaciones clínicas:

Posibilita en la clínica el establecimiento de los enlaces teóricos definidos por nuestra metodología, de manera que a partir de una valoración normalizada la enfermera dispone de los elementos diagnósticos y terapéuticos compatibles.

Organización y Líneas de investigación actuales en el Proyecto CENES.

Actualmente existe 4 líneas de investigación definidas y en el mes de mayo se celebrará el I Congreso del Proyecto CENES donde se reorganizará y establecerá la sistemática de trabajo del Proyecto.

IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN ENFERMERA EN LA HISTORIA DIGITAL: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL VIRGEN DE VALME. SEVILLA

AUTORA

Mateos-García, María Dolores. Profesora Titular de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Vinculada al Hospital de Valme.

INTRODUCCIÓN

Buenas tardes, en primer lugar agradecer a la Junta de AENTDE y en especial a su Presidenta, su invitación para impartir esta Ponencia, lo que supone para mí una gran satisfacción y espero, que el tema que voy a abordar, sea de vuestro interés.

Quisiera aprovechar esta oportunidad que se me brinda, para hacer un breve recorrido desde que se iniciaran en la Unión Europea en los años 80, una intensa actividad relacionada con la historia de salud, desde la denominación "eHealth", "eSalud" o "salud en línea", hasta la situación actual de la Historia Clínica Digital en Andalucía sustentada desde el "Sistema integrado de gestión e información para la atención sanitaria DIRAYA", y analizar la experiencia particular en el Hospital de Valme. En segundo lugar intentaré explicar las últimas tendencias en investigación vinculadas a la mejora y eficiencia de la documentación enfermera en soporte digital.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

La profesionalización es un proceso dinámico que permite el desarrollo integral del saber y del quehacer de la disciplina; así a medida que la Enfermería ha ido evolucionando como profesión, estos procesos de cambio además de estar acordes con las necesidades de atención a la salud, se han dirigido en la búsqueda del reconocimiento, desarrollando un lenguaje propio delimitado por un marco competencial teóricamente definido que de rigor y precisión.¹

El proceso enfermero es la herramienta que le confiere el carácter científico a la profesión y constituye la base del ejercicio profesional; permitiendo la resolución científica de problemas propios de nuestra competencia.

En estos últimos años el campo de estudio de la Metodología Enfermera está focalizado en el desarrollo y perfeccionamiento de las clasificaciones y Taxonomías, que tratan de normalizar la terminología empleada por las enfermeras para nombrar y/o describir su trabajo.²

Todo este desarrollo del lenguaje estandarizado, se anticipa a las nuevas estrategias planteadas desde el Sistema Sanitario Nacional y Autonómico para su gestión y organización, auspiciado por el desarrollo de las Tecnologías de la información y la comunicación, (TICs).

Las TIC, y más concretamente Internet, son herramientas con gran poder de implantación y aplicabilidad en el medio sanitario y se adaptan con facilidad al mismo.³ La necesidad de gestionar cada vez un mayor volumen de información en cualquiera de los episodios sanitarios, ha favorecido el desarrollo de plataformas digitales para gestionar la información y lograr “un hospital sin papeles”.⁴

En 1973, la OMS definía todo la inclusión de las nuevas tecnologías en el ámbito sanitario como “una estructura para la recogida, procesamiento, análisis y transmisión de la información necesaria para la organización y funcionamiento de los servicios sanitarios, así como para la investigación y la docencia”.⁵

Desde entonces en todos los países de la UE, se comprueba un gran interés y preocupación por recoger información clínica, de forma sistemática, longitudinal, que permita realizar estadísticas y además que deba estar centrada en el paciente.⁵

En la actualidad este trabajo de antaño se materializa en las Historias Clínicas Digitalizadas o la Historia Clínica de Salud del Ciudadano, que es el eje de la información clínica del paciente y el soporte para la comunicación entre los diferentes profesionales que lo atiende.³

Todo este cambio a gran escala en la manera de actuar supone una revolución, donde se abren nuevos escenarios en los que las enfermeras/os tenemos un papel fundamental para organizar la documentación acorde con la que necesitamos como profesión, para mejorar la calidad de los cuidados, la investigación y la docencia. Como objetivos de esta ponencia:

Describir la evolución de la documentación clínica enfermera en Andalucía.

Explicar la implementación de la historia clínica digital en el hospital V.de Valme, de Sevilla.

Exponer las últimas investigaciones sobre evaluación de la documentación enfermera.

Evolución de la documentación clínica enfermera en Andalucía

En la década de los 80, la Unión Europea desarrolla un intenso trabajo bajo el lema eHealth, eSalud o salud en línea, que engloba aquellas actividades de salud soportadas por el uso de tecnologías de la información y comunicaciones.⁶

A nivel nacional a inicios del año 2000, bajo la coordinación del Instituto de Salud Carlos III, y con el apoyo de los servicios de salud, empresas, profesionales, proveedores de servicios.....se elaboró un documento titulado: “Marco de desarrollo de la e-salud en España”, donde se recogen las estrategias para incorporar las nuevas tecnologías al servicio de la sociedad y su contribución para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas.⁷

En Andalucía desde 1995, el SAS afrontó un profundo plan de modernización y reestructuración de todo su sistema y desarrolló una estrategia tecnológica digital desde un proyecto pionero

"TASS" que proporcionó una serie de herramientas básicas para el posterior desarrollo del proyecto Diraya.⁸

En noviembre de 2002, se publica la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, (B.O.E. 15 noviembre de 2002), que regula la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En este decreto tiene especial significación para la enfermería su art.15. donde se señala que el contenido mínimo de la historia clínica de cada paciente, deberá contener entre otros documentos los referidos a "la evolución, planificación y aplicación de cuidados de enfermería".⁹ Este hecho supone el reconocimiento de los registros de enfermería como parte integrante de la historia clínica del paciente y el proceso enfermero como método científico para la resolución de problemas.

A partir de entonces las Comunidades Autónomas, en el ejercicio de sus competencias en materia de gestión de la atención sanitaria, fueron implantando diferentes modelos de historia clínica o historia de salud para el uso interno de sus respectivos centros y servicios.

En Andalucía se publica el Decreto 137/2002, de 30 de abril, de Apoyo a las Familias Andaluzas, (BOJA de 4 mayo 2002), el Servicio Andaluz de Salud pone en marcha diferentes líneas de trabajo encaminadas a establecer medidas para la mejora de los cuidados dirigidos a la población Andaluza.

En año 2003 en la celebración a nivel europeo "Health Conference", Andalucía recibe el 1º premio "e-Europe award for eHealth-2003, concretamente al "Proyecto de Telemedicina, la Historia de Salud Digital (Diraya). Andalucía emerge como una de las mayores regiones del continente europeo, con una estrategia e-salud reconocida a nivel internacional.⁵

Todo este cambio organizativo se inicia con la dinamización y modernización de la Atención Primaria y desde la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados del SAS, bajo la dirección de Dª Rosa Mª Pérez Hernández, se siguen líneas estratégicas de trabajo consolidando y dando continuidad a las actuaciones desarrolladas con anterioridad.¹⁰

Se atiende a la mejora de los cuidados enfermeros para los pacientes con trastorno mental, desde la perspectiva de la continuidad asistencial y en 2004 y 2005 se desarrolla un plan de mejora para la reorientación de los cuidados en Atención hospitalaria, que comienza su aplicación al ámbito asistencial a inicio de 2009.¹¹

Continuando con esta corriente de transformación el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, (B.O.E. de 16 de septiembre 2010), pretende ante la diversidad de sistemas y tipos de historias clínicas vigentes en el ámbito de cada comunidad autónoma, intenta establecer un conjunto mínimo de datos que deberán contener una serie de documentos clínicos con el fin de compatibilizar las historias digitales y hacer posible su uso por todos los centros y dispositivos asistenciales que integran el Sistema Nacional de Salud.

En su anexo VII, especifica el conjunto de datos del informe de cuidados de enfermería, donde se detalla entre otros apartados: Antecedentes y entorno, Diagnósticos Enfermeros activos, Diagnósticos Enfermeros resueltos, usando NANDA +Código NANDA, Resultados de Enfermería usando NOC + código NOC, intervenciones enfermeras usando NIC código NIC, cuidador principal y Observaciones.¹² Este Decreto, hace patente en nuestra sociedad, el uso a nivel nacional de un sistema estandarizado de lenguaje enfermero, (SELEs), basado en las taxonomías enfermeras,

Si las enfermeras/os queremos incrementar la importancia del CUIDADO y prestar un mejor servicio a los enfermos y familiares, debemos apostar por la mejora y eficiencia de la información sobre la práctica clínica. Trabajar en un espacio propio que debe sustentarse sobre los pilares del lenguaje propio y científico, donde las taxonomías delimitan y consolidan nuestro campo de actuación profesional.¹³

Para terminar este objetivo me gustaría recalcar que “El registro y documentación de nuestro quehacer enfermero no es una opción en nuestro trabajo, es una obligación tanto legal como esencial para nuestra disciplina.”

Explicar la implementación de la historia clínica electrónica en el hospital V. de Valme, de Sevilla

El SAS, cuenta actualmente con una tecnología informática muy desarrollada y la implantación del módulo de Cuidados de Diraya (Azahar) es una herramienta corporativa para la gestión de cuidados. Su aplicación en Atención Hospitalaria está permitiendo la inclusión en la historia única de salud, de los datos clínicos de los pacientes atendidos durante un ingreso hospitalario.

El hospital Reina Sofía de Córdoba comenzó a trabajar y preparar el programa Azahar a partir de 2005 y posteriormente se incorporó como programa corporativo del Servicio Andaluz de Salud.¹⁴

Desde la Estrategia de Cuidados se ha seguido trabajando en el diseño, validación, actualización de software e implementación del “módulo azahar”, y para ello cuenta con “El Grupo Director del módulo de cuidados de Andalucía” constituido por 6 enfermeras/os relacionadas con el ámbito de la gestión, y 60 profesionales clínicos de diferentes hospitales de Andalucía. Se han estructurado diferentes grupos de trabajo vinculado a adaptar el programa a los diferentes ámbitos de la asistencia hospitalaria, como los grupos para el desarrollo de la investigación: del circuito quirúrgico, del circuito obstétrico, del hospital de día de oncología, informe de gestión de casos y gráfica de constantes.

Durante este periodo han sido necesarias diferentes adaptaciones de la aplicación, a la luz de nuevas normativas legales como: RD.1093/2010, Estrategia de seguridad del paciente, criterios de acreditación profesional, así como la evidencia científica disponible.

Actualmente el módulo de cuidados se está aplicando en 19 hospitales del SAS y en breve se quiere extender a otros 9 hospitales.

En cuanto a su aplicación en el ámbito del Hospital de Valme, en 2004 desde la Dirección de Enfermería se hace la petición a "Dirección Gerencia" del SAS, para iniciar el proceso de digitalización de la Historia clínica y en 2010 siguiendo las recomendaciones de la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados SAS, se propone al hospital participar en un proyecto piloto en la aplicación del soporte informático "Estación de Cuidados".

Se plantea en este momento, organizar la formación del programa Diraya Atención Hospitalaria (DAH), "Estación de Cuidados", con los medios que les ofrecían alcanzando al mayor número posible de profesionales, utilizando para ello la versión de formación del programa azahar. Esta primera etapa de formación fue impartida por personal de la empresa que diseña la aplicación y enfermeras del Hospital Reina Sofía de Córdoba. Posteriormente se consensuó la participación de 3 unidades de hospitalización, donde su número de pacientes permitiera un mejor pilotaje, siendo incluidos la unidad de Infeccioso planta séptima derecha, los pacientes de Otorrino en la planta cuarta izquierda y la unidad de hematología. A principios de 2011 se inicia la implantación y pilotaje de esta herramienta informática y en julio de 2011, por errores operativos en la aplicación, problemas de clave de acceso y cambios de perfiles, se paraliza el módulo de cuidados hasta solventar los problemas presentados. En octubre se inicia nuevamente su utilización pero solamente, la unidad de infecciosos es la que continúa en el proyecto y en esta etapa se incorporan versiones nuevas que fueron estabilizando y mejorando el programa.

Tras 2 años trabajando con la plataforma informática "azahar" en esta unidad, en octubre de 2012 se decide su implantación progresiva en las unidades de hospitalización y se establece un calendario para la formación escalonada en grupos pequeños de todos los profesionales implicados.

Para asegurar la eficiencia de los sistemas de información es necesario que los clínicos estén involucrados en su desarrollo y reciban el asesoramiento necesario desde las unidades pertinentes, así desde la unidad de formación continuada, entre noviembre de 2012 y octubre 2013, se realizaron 17 ediciones para formación del módulo de cuidados, y se realizaron en el aula de informática con una metodología teórico-práctica. Acudieron 136 enfermeras/os de las unidades de hospitalización clínica. Aproximadamente el 50% de los profesionales convocados

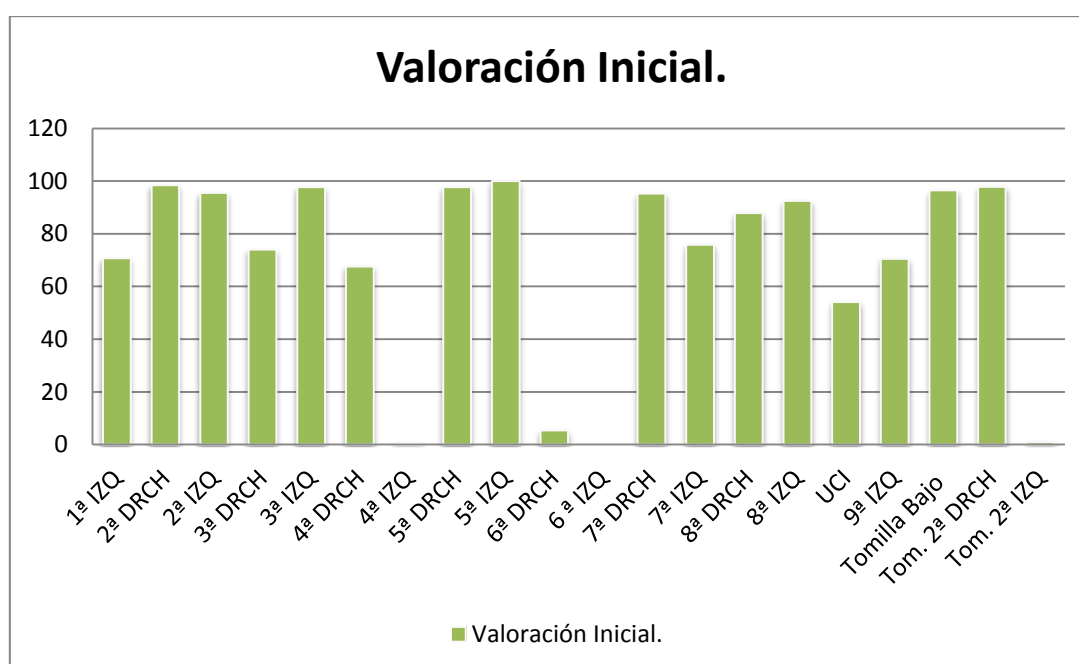
La supervisora de la unidad piloto del proyecto, D^a Concepción Ferrete, junto con D. Germán Cortes, responsable de implantación DAH por la Dirección de Enfermería, asumieron el compromiso de impartir los conocimientos de la aplicación, a todos los profesionales. Las enfermeras/os de la unidad piloto, se responsabilizaron del asesoramiento y resolución de

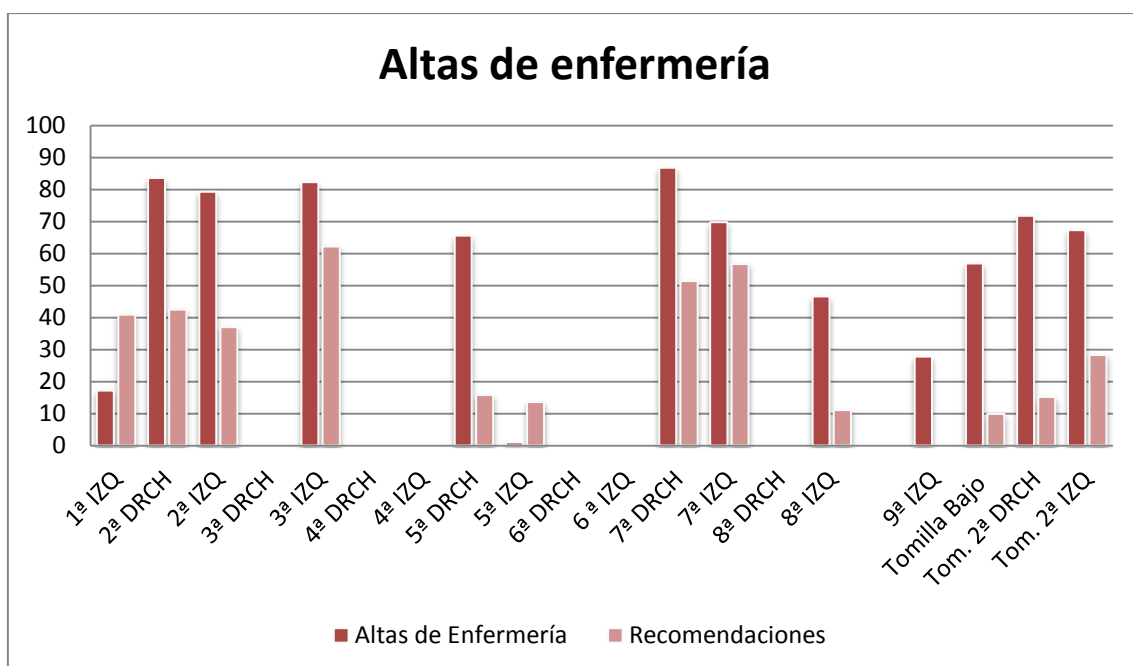
problemas a las enfermeras que utilizaban esta herramienta en su trabajo, durante las 24 horas día.

Durante todo el año 2013 se ha producido una incorporación progresiva de las unidades de gestión clínica, a pesar de las dificultades presentadas con la situación de recortes que sufrimos.

La cumplimentación del módulo de cuidados ha ido aumentando de manera importante, durante el año 2013, siendo su cumplimentación como muestran los siguientes gráficos:

GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN POR UNIDADES DICIEMBRE 2013





La implantación de un soporte digital para el Proceso enfermero ha supuesto un avance importante para mejorar la comunicación entre los profesionales, evitar omisiones y repeticiones de información, mantener la continuidad de los cuidados y recoger toda la información sobre la actividad enfermera realizada a una persona concreta, valoración, tratamiento recibido y su evolución.¹⁵

Entre los problemas o líneas de mejora que se han identificado por los usuarios del sistema estaría:

El informe de alta de los pacientes, es conjunto con el alta médica y tiene que estar firmado por ambos profesionales. En muchas ocasiones se procede al alta definitiva por parte de los médicos sin que se haya incorporado el informe de continuidad de cuidados de enfermería. Por lo que se cierra el proceso desde admisión, sin la información enfermera que supone la culminación de los cuidados en atención hospitalaria. En muchas ocasiones, se le entrega al paciente el alta de enfermería en formato papel, para que lo haga llegar a la enfermera de atención primaria.

Al Informe de continuidad de cuidados, se vuelca la información relacionada con los diagnósticos de enfermería y las intervenciones derivadas de ello, pero no incluye las intervenciones de colaboración. Muchos de los pacientes al alta continúan con nutrición enteral, catéteres... por lo que los cuidados en esta materia se explican en las recomendaciones.

Gráficas, tiene que presentar un diseño más exacto de los parámetros registrados, una mejor visualización.

Diseño en los tiempos para cumplimentar la agenda de trabajo más acorde a los turnos de 12 horas

Interconexión del módulo de cuidados con Atención Primaria. Cuando la enfermera de primaria accede a la Historia clínica única, no aparece información enfermera, solo puede visualizar el alta médica o los episodios de ingreso del paciente con información de la historia médica. El informe de continuidad de cuidados le llega en formato papel por mediación del paciente.

Exportación de datos, este sería uno de los aspectos más necesarios ya que explota poca información relacionada con la práctica enfermera. Desde el "módulo sistema informático" No se puede obtener información disgregada, solo posibilitan la obtención de informes que contienen listados, recuentos o gráficos globales. Por ejemplo se exporta:

Nº de cuestionarios/escalas usadas, pero no podemos saber cuáles son las más utilizadas.

El plan de cuidados estandarizado más usado en una unidad pero no podemos saber cuál es el diagnóstico más prevalente en esa unidad.

Intervenciones enfermeras, no se puede obtener cuáles son las intervención enfermera realizadas con mayor frecuencia en una unidad.

La cumplimentación de la historia clínica electrónica supone un trabajo laborioso y una asignación de tiempo del que no se dispone en muchas ocasiones. Pero es evidente que los registros donde la información es rigurosa, real y pertinente asegurar la calidad y la continuidad de los cuidados. Tampoco podemos olvidar que los registros de calidad son necesarios para construir conocimientos a través de la investigación.

¿Podemos decir que la información recogida por las enfermeras es de calidad?

Exponer las últimas investigaciones sobre evaluación de la documentación enfermera

“La calidad de los registros de enfermería está vinculada con mejoras en el cuidado del paciente, mientras que una documentación mediocre contribuye a empobrecer la calidad de los cuidados.”¹⁶

El Consejo Internacional de Enfermería, en el 2011 crea “Telenursing Network” con la participación de más de 220 enfermeras y 55 países, su objetivo es Transformar la enfermería desde las tecnologías de la información y la comunicación. Entre otras líneas de investigación que se proponen es “avanzar en la transmisión del arte de los cuidados a los sistemas de información” destacando la investigación basada en la evidencia de resultados del paciente a través de las intervenciones enfermeras y generar conocimiento desde la práctica enfermeras sustentada en soporte digital.¹⁷

Una línea de investigación dentro de esta tema, es el estudio de modelos integradores de terminología enfermeras, con la intención de estandarizar los términos utilizado por los profesionales. Entre ellas destaca modelo NANDA-NIC-NOC, que es el que se utiliza en el Módulo de cuidados Diraya, pero la Clasificación internacional para la práctica enfermera (CIPE), Norma ISO 18.104, el Clinical Care Clasification (CCC); el Sistema Comunitario de Salud de Omaha; son otros modelos integradores, desde los que se trabaja en otros países.¹⁸

Otra línea importante en la que se centran multitud de publicaciones, es analizar la calidad de la documentación enfermera y aproximarse a su evaluación desde auditorias que exploran este contenido. En la realización de estos estudios se hace necesario un instrumento de medida que sea válido y fiable, para evitar variaciones en la percepción de la calidad de la documentación, entre diferentes investigadores y países.¹⁹ En esta línea, se enmarca el trabajo de investigación que se está desarrollando desde el Departamento de enfermería de la U. Sevilla, realizar una aproximación a la historia clínica electrónica del Hospital de Valme para evaluar la documentación enfermera.

Adaptación y Validación del cuestionario Q-DIO

Nuestro primer trabajo ha sido elaborar un instrumento de medida fiable y válido para llevar a cabo esta evaluación. Desde la revisión bibliográfica identificamos, que en el 2008, María Müller-Staub y su grupo de investigación habían validado un instrumento para medir la calidad de los diagnósticos de enfermería, intervenciones y resultados, “Q-DIO”.²⁰ Cuando revisamos el cuestionario, analizamos que tenía bien definidas, las dimensiones que proponía los trabajos de revisiones sistemática en este tema, publicados por Wang N. & Hailey D. en 2011²⁰ y además en octubre de 2012 se había hecho la adaptación transcultural de este instrumento en Brasil con buenos resultados en sus propiedades psicométrica.²¹ Contactamos con su autora, para hacer la

adaptación transcultural de Q-DIO al español, y seguimos diferentes investigaciones que centraban su estudio en este tema, como la adaptación del Q-DIO al portugués-brasileño , ²¹ A. Arribas , “Adaptación Transcultural de instrumentos” , ²² entre otras.²³

El cuestionario en lengua inglesa, cuenta con 29 ítems agrupados en 4 dimensiones: 1.Diagnósticos de enfermería como proceso, que profundiza en la valoración enfermera, 2.Diagnósticos de enfermería como producto, analiza la formulación y coherencia del diagnóstico. 3. Intervenciones enfermeras, analiza la planificación de las intervenciones y su relación con la etiología del diagnóstico. 4. Resultados enfermeros, que se centran en revisar el uso de los resultados, que sean medibles y observables y la coherencia interna de los resultados con las intervenciones y de estas con el diagnóstico. El primer ítem de cada dimensión es considerado el ítem principal o “llave”. Para los ítems de la primera dimensión se asigna una escala Likert de 3 puntos y el resto de las dimensiones tiene una escala de 5 puntos

Se realizó un estudio en dos fases: 1. La adaptación transcultural del cuestionarios. 2. La validación del mismo mediante pilotaje de historias clínicas electrónicas.

Fase Adaptación Transcultural: En una primera etapa se hizo la traducción del instrumento al español por dos profesores doctores, enfermeros expertos en la materia y con nivel C de inglés. Las traducciones se hicieron de forma independiente. En la segunda etapa, se seleccionaron 8 enfermeras/os expertos, del ámbito de la gestión, la docencia y la asistencia, para trabajar mediante aplicación de la técnica Delphi, la equivalencia conceptual, semántica y cultural entre los ítems. Se confeccionó un documento específico para ello, donde se intercalaron los ítems del original con los de las traducciones, dejándose abierta alguna propuesta por parte de los expertos. En la primera ronda de validación, se utilizó como criterio para desestimar un ítem: media < 3,5; mediana < 3; desviación típica > 0,90 y para aceptar un ítem: valoraciones altas (4-5) > 75% y/o desviación típica < 0,90. ²⁴ Los ítems 9 y 19, tuvieron que ser sometidos a una segunda ronda y se realizó un análisis de las respuestas a las preguntas abiertas, que permitió realizar modificaciones a alguno de los ítems, así como proponer nuevos ítems. En este caso se incluyeron las propuestas de algunos expertos en la primera ronda. Se hicieron dos rondas de valoración hasta conseguir el cuestionario definitivo. Posteriormente se analizaron las escalas de puntuación tipo likert y por consenso de todos los expertos se unificó a una escala likert de 3 puntos. Al igual que se había hecho en la adaptación del Q-DIO en Brasil.²¹

Como última etapa de esta adaptación, el instrumento definitivo fue re-traducido al inglés por un profesor nativo, sin conocimiento en el tema de estudio y enviado a su autora para su aprobación y de la que obtuvimos su conformidad con el trabajo realizado.

Fase Validación y pilotaje.

En esta etapa de validación, el cuestionario Q-DIO, se ha pilotado en 70 historias clínicas digitales. El estudio recibió autorización de la Comisión de Ética en Investigación y de la Sección de admisión y documentación clínica del Hospital de Valme.

Se nos facilitaron 70 historias, de manera aleatoria, con más de 3 días de estancia clínica, del año 2013 y de las que hubo que descartar 2 por una estancia menor de 3 días. Todas las historias eran de la Unidad de infeccioso, que había sido la participante en el proyecto piloto.

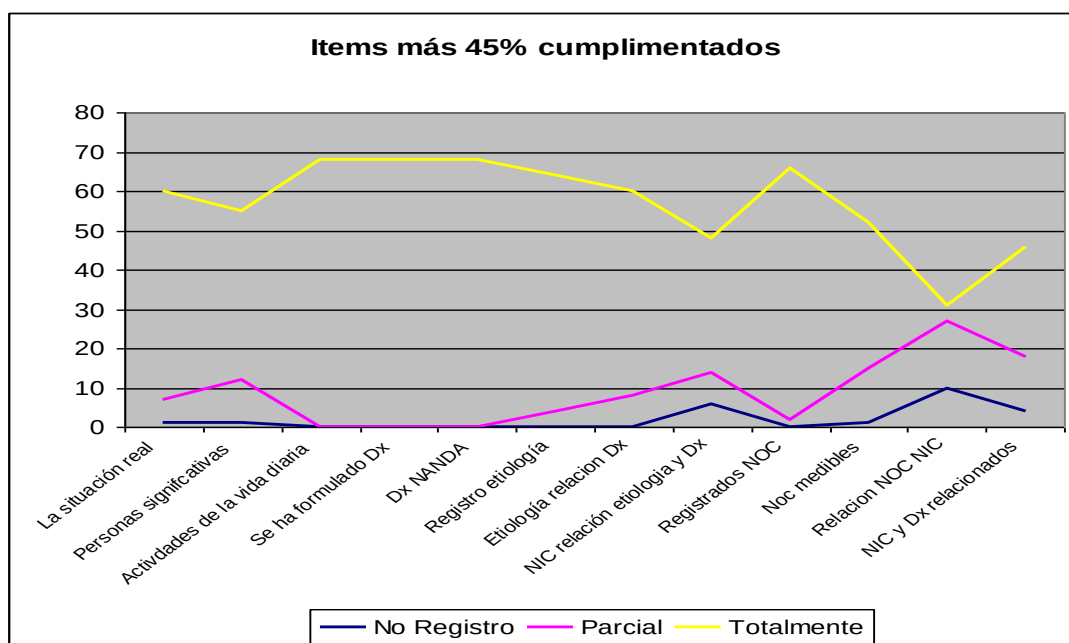
De los 29 ítems del cuestionario, 4 ítems (11 , 18 , 19 y 23), no podían ser pilotado porque no existe esta información en el diseño de la aplicación de cuidados.

RESULTADOS /DISCUSIÓN

El instrumento Q-DIO versión al español, es un cuestionario que explora aspectos importantes de la documentación enfermera. Puede servir como punto de partida para describir si la información recogida garantizar los cuidados de enfermería, la comunicación interprofesional y recoge toda la actividad enfermera realizada a una persona concreta.

La fiabilidad de la escala medida por el alfa de Cronbach es de 0 , 675 con 25 ítems.

En cuanto a los resultados descriptivos del estudio podemos observar el nivel de cumplimentación de los ítems y sus características.

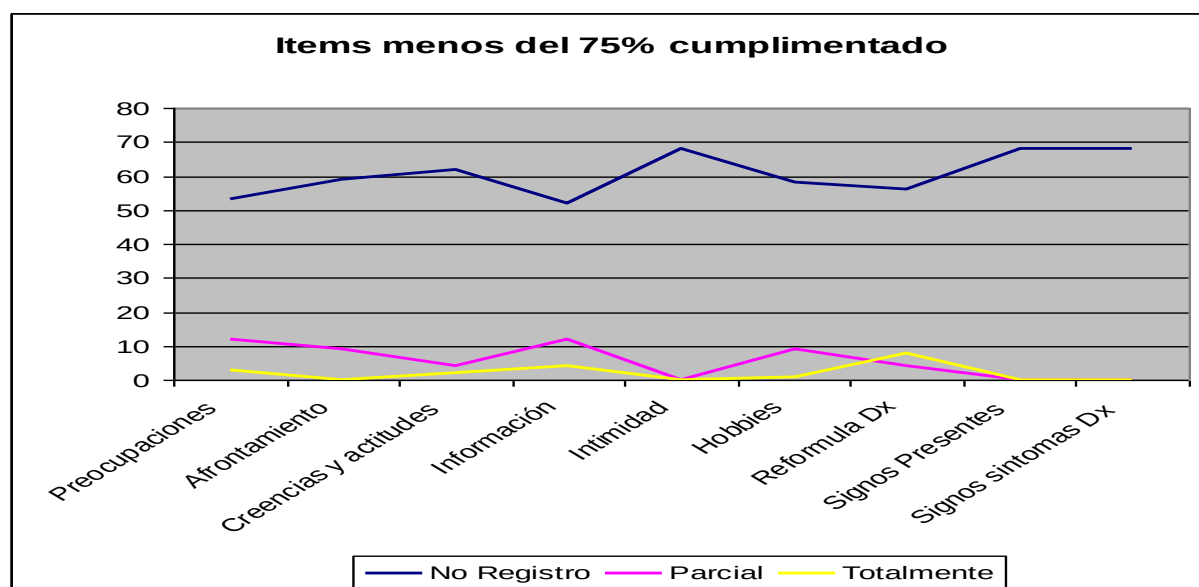


Items más 45% cumplimentado

Se observa que los ítems cumplimentados en más del 45 % de las historia, se relacionan fundamentalmente con la valoración de las necesidades fisiológicas e instrumentales, los ítems

relacionados con la identificación de los diagnósticos y su formulación, registro de resultados NOC, así como las interrelaciones entre intervención enfermera y diagnóstico e intervención enfermera y resultado.

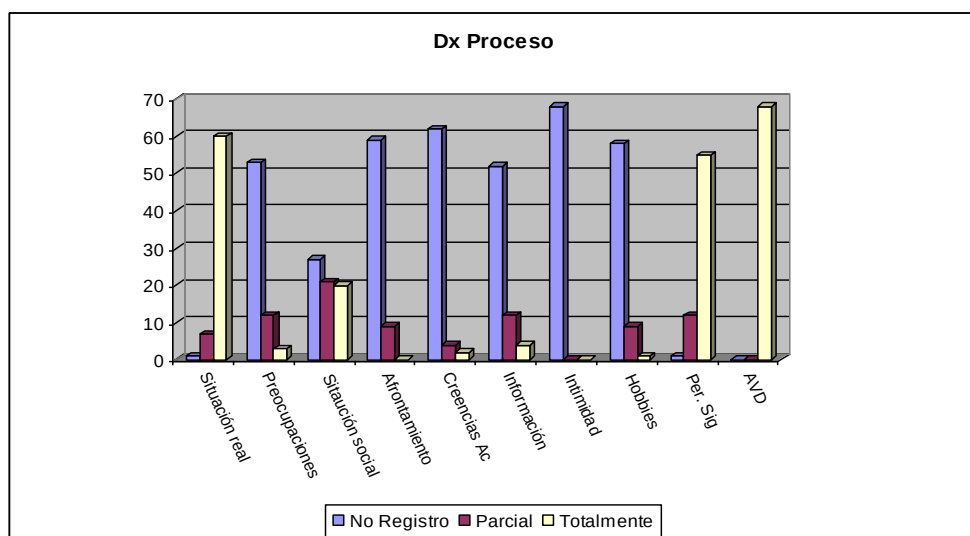
La situación real que ha llevado a la hospitalización, está bien documentada en la mayoría de los casos, pero hay que buscarla en las observaciones, la necesidad de evitar peligro y en el motivo, del resumen de cuidados. La situación social y condiciones de vida, también está contenida en diferentes necesidades, como comunicación, realización....



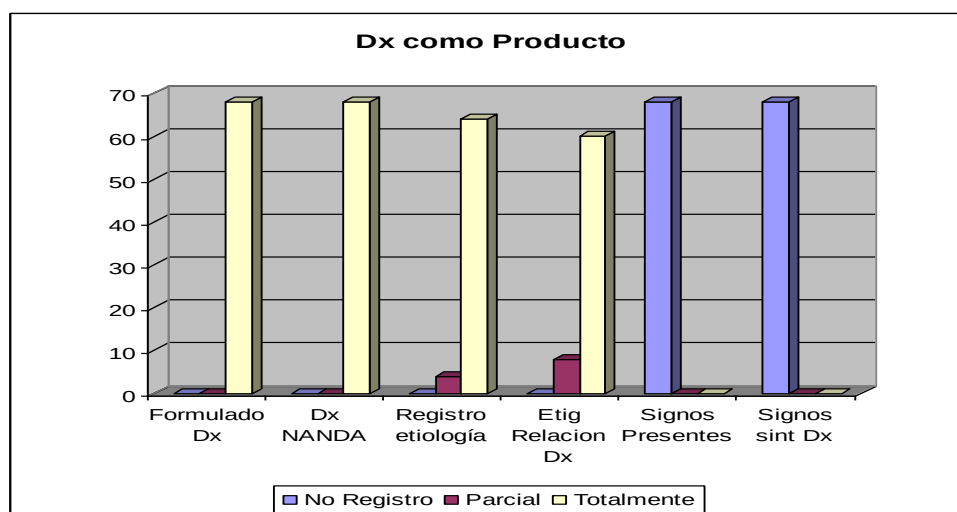
Items menos 75% cumplimentado

Entre los ítems peor cumplimentados, que suponen menos del 25% de las historias, se encuentran aquellos relacionados con la valoración de necesidades cognitivo perceptuales como, preocupaciones y ansiedad ante la hospitalización, afrontamiento o la información que tiene paciente y familia sobre su situación de enfermedad. También llama la atención que no se cumplimentan las manifestaciones de los diagnósticos.

Si observamos los resultados agrupados por las dimensiones, podemos observar en la dimensión 1, como las necesidades más cumplimentadas son las fisiológicas y las instrumentales. La dimensión 2 podemos ver que se hace buen uso de la formulación diagnóstica, pero me gustaría añadir que los diagnósticos más utilizados son "ansiedad" y "manejo inefectivo del régimen terapéutico", y se comprueba la escasez de datos en la valoración que sustente dichos diagnósticos. El diagnóstico NANDA no están codificado y tampoco se recogen las manifestaciones de los diagnósticos.



Dimensión 1. Diagnóstico como proceso



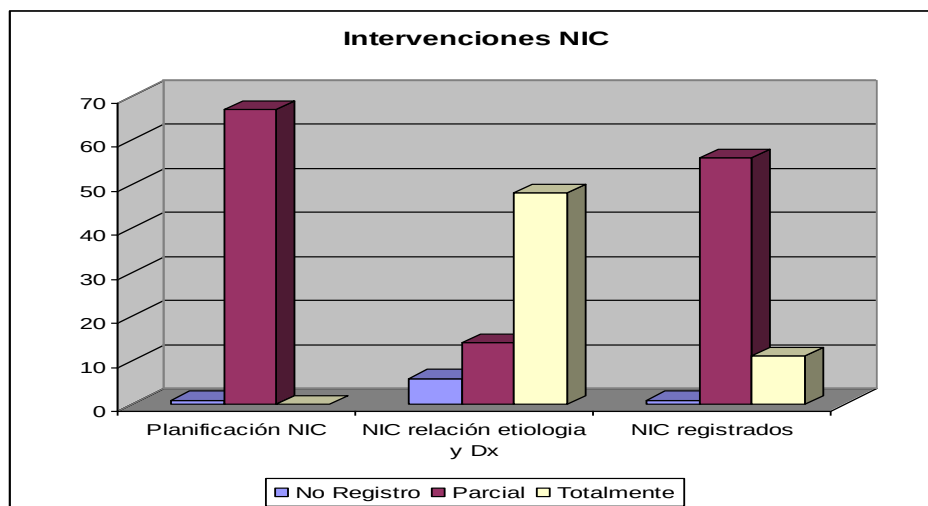
Dimensión 2. Diagnóstico como producto

Dimensión 3 Intervenciones enfermeras. El cuestionario analiza si las intervenciones están planificadas, con qué frecuencia, quien y como se hará. Si la intervención está dirigida a la etiología del diagnóstico y si está registrada su ejecución, que se ha hecho, como, con qué frecuencia y quien.

Los resultados muestran que la planificación está parcialmente documentada porque no detalla quien, como,....Sin embargo la relación entre la intervención y la etiología, está documentado en un alto porcentaje.

Por último el registro de la ejecución de las intervenciones está parcialmente documentado, este dato hay que extraerlo de las observaciones de enfermería, y aquí se registra de manera habitual las actividades relacionadas con los autocuidados o necesidades de suplencia, así como

las intervenciones de colaboración, pero las actividades de independencia relacionadas con los diagnósticos propuestos tiene escasa presencia, solo algunas reseñas como: “se le enseña el uso de inhaladores” “se habla con la paciente para tranquilizarla”, por lo que las intervenciones del rol independiente están invisible en los registros.

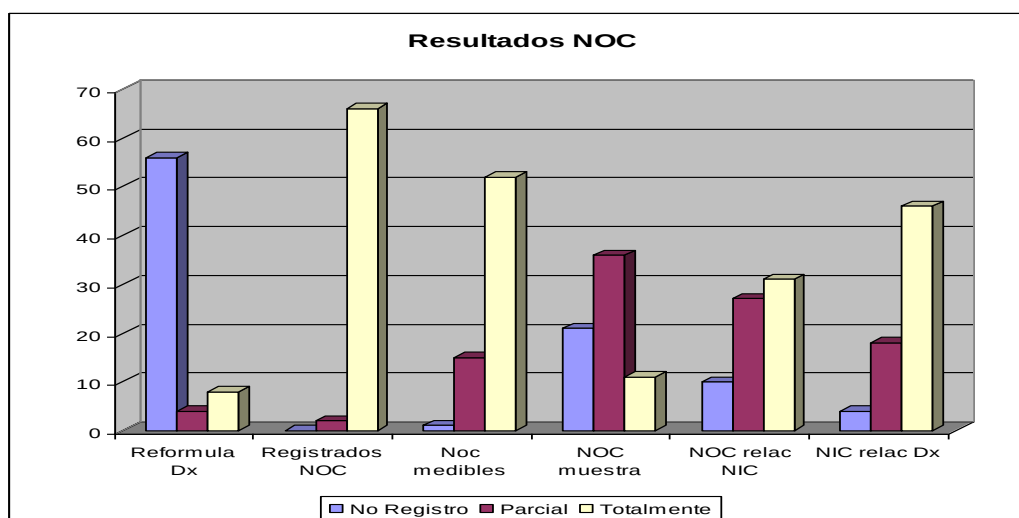


Dimensión 3. Intervenciones de enfermería.

Dimensión 4. Resultados. Como muestra el gráfico, hay una alta cumplimentación de los resultados y se nombran con indicadores de forma observable y medible.

En este apartado se observa que se reformulan pocos diagnósticos, y comentar que muchos de ellos se activan para el informe de continuidad de cuidados, siendo el más prevalente “Manejo inefectivo del régimen terapéutico” desde donde se dan las recomendaciones al alta. También cabe destacar, una alta interrelación entre las intervenciones y los diagnósticos.

En relación con las escalas/cuestionarios de valoración, la Escala Barthel, y Emina se utilizan prácticamente en todos los registros. Hay una utilización importante de diferentes escalas pero en muchos casos no existe una indicación clara para aplicarla ya que no se recoge ningún dato en la valoración que indique riesgo o monitorización de ese problema.



Dimensión 4. Resultados

CONCLUSIONES/RECOMENDACIONES

Sería recomendable habilitar en la valoración, un campo abierto donde se explique motivo de ingreso, enfermedad actual y antecedentes de interés.

Sería recomendable explicitar mejor la necesidad evitar peligro, para que se valore la información sobre preocupaciones, conductas y mecanismos de afrontamiento y así potenciar la valoración de esta necesidad.

Sería recomendable desde la necesidad de comunicación, además de identificar la persona de contacto, incluir aspectos relacionados con su condición de vida, que suponen datos importantes para la práctica profesional.

Sería recomendable facilitar la forma de documentar de manera clara y precisa todas las actividades enfermeras relacionadas con el rol independiente para visibilizar el quehacer enfermero.

BIBLIOGRAFÍA

Garzón, N. Revista de enfermería. Instituto mexicano del seguro social México. 1968, Vol. I Nos. 2-3. (1968).

Morilla Herrera J.C. Morales Asencio JM; Cuevas Fernández-Gallego, M; El juicio clínico enfermero: conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras. Metas de enfermería. 2005 8 (10) 58-62.

González Cocina, E; Pérez Torres, F. La historia clínica electrónica. Revisión y análisis de la actualidad. Diraya la historia de salud electrónica de Andalucía. Rev. Esp Cardiología supl. 2007; 7 37C-46C

Herrera I; Gascón F; Nuevas herramientas en salud. Mes Crin (Barco). 2012; 139(8):364-368

Moreno Küstner, B; [Los sistemas de información al servicio de la sanidad. Uciencia: revista de divulgación científica de la Universidad de Málaga, Nº. 6 \(Abril\), 2011](#) disponible en: http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4655/36_pdfsam_revistauciencia06.pdf?sequence=1

Rey Redondo, J; "e-salud en la Europa de las regiones: conferencia de alto nivel sobre aspectos de políticas de e-salud, Revistaesalud.com vol 2 nº 5 (2005) I trimestre Disponible en: <http://archivo.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/viewArticle/65/161>

Marco de desarrollo de la e-salud en España. Instituto de Salud Carlos III. Madrid 2002. En Reig Redondo J; "e-salud en la Europa de las regiones: conferencia de alto nivel sobre aspectos de políticas de e-salud revistaesalud.com Vol. 2, Número 5 (2005) I Trimestre

Maqueira Marín, M; Bruque Cámara, S;(2008) Historia Digital de Salud. Tácticas a seguir a partir del caso Diraya en Andalucía. Revista salud.com Vol. 4, Nº 13

B.O.E. 15 noviembre de 2002 nº 274, Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

II Plan de calidad SAS 2004. Disponible en www.juntadeandalucia.es/...planes.../II_plan_calidad/II_plan_calidad.pdf

I Plan de calidad: nuevas estrategias para la sanidad andaluza, Junta de Andalucía, Consejería de Salud 2010. Disponible en www.juntadeandalucia.es/.../files/PlanCalidaddeISSPA2010-2014

B.O.E. de 16 de septiembre 2010 nº 225, Real Decreto 1093/2010 de 3 septiembre

Quero A. Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. AENTDE. (Editores). IX Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería. AENTDE. "Lenguajes y personas". Gijón. 2012. Libro de ponencias y comunicaciones. IX Simposium Internacional de diagnósticos de Enfermería 2012

Medina-Valverde MJ; et al; Estudio evaluativo sobre una herramienta informática de gestión enfermera en el periodo 2005-2010. Enfem Clin. 2012 doi:10.1016/j.enfcli.2011.06.001

Jiménez Fernández JC et al. Registros de Enfermería: un espejo del trabajo asistencial. Metas de Enferm jul/ago 2010; 13(6): 8-11

Prideaux A. Issues in nursing documentation and record-keeping practice. British Journal of Nursing, 2011, Vol 20, No 22

Bartz Claudia C. [Building Knowledge through Research](#). Telenursing Conference Presentations ICN Congress 2012. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/networks/Telenursing/Building_Knowledge_through_Research.pdf

Reginas Cubas, M; Martinez Adipote, A; La norma ISO 18.104:2003 como modelo integrador de terminologías de enfermería. Rev. Latino-Am Enfermagen 18(4):[06 pantallas] jul-ago 2010

[Müller-Staub, M](#); [Lunney, M](#); [Lavin, M](#); [Needham, I](#); [Odenbreit, M](#); Van Achterberg T. Testing the Q-DIO as an Instrument to Measure the Documented Quality of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes [International Journal of Nursing Terminologies and Classifications](#) 2008; [19. 1](#) : 20-7

Wang, N; Hailey D; Quality of nursing documentation an approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. Journal of advanced nursing. January 2011

Fernanda da Costa , G; Maria Müller-Staub, et al; Cross-Cultural Adaptation of the Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes (Q-DIO) Instrument into Brazilian Portuguese International Journal of Nursing Knowledge Volume 23, No. 3, October 2012

Arribas A. Adaptación transcultural de instrumentos. Guía para el proceso de validación de instrumentos tipo encuestas. Revista científica de la AMBB, Vol16 nº3 julio-Sep 2006

Nicolas Peña-Sánchez, J; Delgado, A; Lucena-Muñoz. J:J; Morales-Asencio, J.M. Adaptación y validación al español del cuestionario 4CornerSAT para la medida de la satisfacción profesional del personal médico de atención especializada Rev Esp Salud Pública 2013; 87:181-189. N.º2 Marzo-Abril 2013

Martínez E. La Técnica Delphi como estrategia de consulta a los implicados en la evaluación de programas. Revista de Investigación Educativa. 2003; 21(2): 449-463.

TAXONOMÍAS, CALIDAD SANITARIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORA

Nieves Lafuente Robles

Directora de la Estrategia de Cuidados de la Junta de Andalucía.

Dentro de la búsqueda de la Calidad en la atención sanitaria se encuentra la implementación de la práctica asistencial de excelencia centrada en los ciudadano/as y sus necesidades a través de la adopción de buenas prácticas basadas en el mejor conocimiento científico disponible.

Y como no podía ser de otra manera, la estrategia de seguridad del SSPA se enmarca como objetivo prioritario para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, proporcionando atención y cuidados seguros disminuyendo la incidencia de daños accidentales atribuibles a los mismos.

Con el objetivo de alcanzar esta excelencia en los cuidados, desde el Servicio Andaluz, se analiza la práctica asistencial enfermera y se diseña una estrategia para disminuir la variabilidad en los registros, basada en el uso de una metodología estructurada y de sistemas de lenguaje estandarizados. Para el desarrollo de esta Estrategia, nos basamos en 4 líneas de acción que son:

- Formación en metodología enfermera y uso de taxonomías: Esta formación se hizo extensiva prácticamente a la totalidad de los/as enfermeros/as de ambos niveles de asistencia y pretendía proporcionar una formación homogénea en metodología enfermera y uso de Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero. (SELEs). Se realizaron 108 actividades formativas para 3800 enfermeras en atención primaria, y 300 actividades formativas en hospital formando a 11.000 enfermeras.
- Creación de comisiones de cuidados de Área: Se inician en 2005 como órgano de gestión que trabaja para estabilizar y mejorar el proceso de continuidad de cuidados entre niveles asistenciales, donde se diseñan los Informes de continuidad de cuidados para la comunicación interniveles, incorporando el uso de las taxonomías enfermeras
- Elaboración de guías de práctica clínica: Para facilitar el mejor abordaje posible de problemas de salud, basándose en la mejor evidencia científica disponible y utilizando una metodología de elaboración basada en la taxonomía NANDA , NOC , NIC,: Guía de atención enfermera a personas con incontinencia urinaria, Guía de atención enfermera a personas con diabetes, Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión, Guía de Práctica Clínica para el Manejo del Deterioro de la Integridad Cutánea: Úlceras por Presión, Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras, Guía de

práctica clínica para la prevención y cuidados de la úlceras arteriales, Guía de práctica clínica para la atención a personas con epidermiolisis bullosa.

- Desarrollo e implantación de la Historia de Salud Digital del/la ciudadano/a: DIRAYA es el sistema informático que se utiliza en el SSPA como soporte de la historia clínica electrónica, incluyéndose los SELEs en el año 2004.

Estas 4 líneas junto con la elaboración de los informes de condiciones de salud por parte de las enfermeras de familia en Andalucía, han supuesto un avance hacia la aplicación práctica de cuidados más efectivos y el inicio del trabajo de la enfermera enfocado a los resultados.

En toda Europa y en Brasil se está investigando sobre las taxonomías a un altísimo nivel, como lo demuestra a modo de ejemplo la revisión sistemática publicada en julio de 2013 en International Journal of Nursing Studies sobre la utilización de taxonomías, o los estudios de Maria Muller sobre la implementación de estas taxonomías, incluso el desarrollo de instrumentos como el Q-DIO que ya nos sirven para evaluar la calidad de los registros.

Sin embargo, se cierne la amenaza desde el mundo anglosajón de la implementación de Guías de práctica clínica (GPC) con un “Lenguaje común Interdisciplinar” bajo la bandera de ser beneficioso para “el paciente” que nos encamina a una pérdida peligrosa de nuestra identidad, además de la desidia de gran parte de los profesionales y gestores enfermeros que no llegan a interiorizar la necesidad y la utilidad de las taxonomías, percibiéndolas como una carga o como únicamente como fin para conseguir superar los objetivos del rendimiento profesional.

Ante estas amenazas los líderes enfermeros de la gestión, la docencia y la investigación tenemos la obligación y debemos apostar firmemente por el desarrollo de una fiabilidad diagnóstica a través de instrumentos clinimétricos precisos como pueden ser el GIPS3, el DECAMIRT o el INICIARE (instrumento de valoración de necesidades basado en la NOC) u otros que se desarrollen en esta línea, para que ayuden a las enfermeras asistenciales en: 1) la emisión de juicios clínicos precisos, 2) el diseño e implementación GPC con lenguaje enfermero que incorporen la evidencia científica orientadas a mejorar los resultados en salud, 3) la existencia de sistemas de información capaces de permitir el registro y el retorno eficaz de información sobre los resultados/ evaluación de la práctica enfermera, que permitan que el ciudadano/a y los sistemas sanitarios valoren la efectividad y eficiencia del trabajo enfermero

TAXONOMÍAS Y CALIDAD: ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

AUTORA

Dra. Pilar Brea Rivero

Responsable del Proyecto de Certificación de Competencias Profesionales

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

España

INTRODUCCIÓN

La acreditación o certificación es una herramienta contrastada que contribuye a mejorar tanto los procesos básicos de las empresas como sus productos y servicios, así como a reforzar la confianza de sus clientes. A nivel internacional, el concepto de Certificación de Personas de acuerdo con la norma UNE-EN ISO/IEC 17024 consiste en el reconocimiento formal, por una tercera parte independiente, del cumplimiento de un conjunto de requisitos por parte de personas. Esta certificación va más allá del mero reconocimiento formal de los conocimientos, habilidades o aptitudes que posee una persona y está especialmente orientada a evaluar su aptitud para aplicarlos en el ejercicio profesional. Así, la certificación de personas se basa en la demostración de una combinación de conocimientos formales y experiencia práctica, que garantiza la cualificación y capacidad del profesional que realiza, o es responsable, de unas determinadas actividades. Actualmente, el grado de desarrollo e implantación de sistemas de certificación de personas es muy distinto en los diferentes países, abarcando muy diferentes campos como la sanidad, los servicios sociales, instalaciones, edificación, tecnologías de la información, alimentación, transportes, seguros, finanzas, etc. (ENAC, 2012).

En el ámbito sanitario las empresas, organizaciones y sistemas de salud prestan servicios a la población a través de profesionales altamente cualificados por lo que, para que estos servicios sean de calidad, es necesario asegurar la competencia de estos profesionales. La evaluación de la competencia clínica es, por lo tanto, un instrumento diagnóstico de los déficits competenciales, que permite modificar o mejorar la formación previa y posterior de los profesionales, tanto para su selección, para su certificación y recertificación, como para cualquier sistema de incentivación y promoción (Fernández-Araque, & Martínez-Carretero, 2005).

La evaluación de competencias es un complejo proceso de determinación del nivel o intervalo de competencia que pone de manifiesto un profesional en un contexto determinado. Esta evaluación debe ser capaz de discriminar positivamente a los profesionales verdaderamente expertos, de los competentes o los principiantes, entendiendo que las decisiones que toman los

primeros pueden situarse más allá del cumplimiento estricto de las normas y los protocolos (Juvé-Udina, Farrero-Muñoz Monterde-Prata, & Cruz-Llaüna, 2009; Juvé-Udina et al., 2007).

Con el paso del tiempo, la definición de las competencias que deben poseer los distintos profesionales, así como la evaluación de la presencia de éstas en cada puesto de trabajo, han dado lugar al desarrollo de modelos que permitan acreditar o certificar que, efectivamente, un profesional es poseedor de las competencias que requiere para realizar su trabajo, o para realizarlo con determinados niveles de calidad y excelencia. En Estados Unidos, el movimiento moderno de garantía de calidad en el campo de la salud se inició en 1917, cuando el American College of Surgeons compiló el primer conjunto de estándares mínimos para que los hospitales estadounidenses identificaran y prescindieran de los servicios de salud deficientes. Esta estrategia sentó las bases para la creación de organizaciones dedicadas a la gestión de la calidad tales como Avedis Donabedian, Joint Commission, el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud CCHSA, o la International Society for Quality in Health Care (ISQUA), entre otras.

Con el paso del tiempo y hasta la actualidad, son muchos y variados los sistemas de evaluación y acreditación de la calidad de los servicios sanitarios, así como de la competencia de sus profesionales. De hecho, en la literatura se pone de manifiesto que no existe un único modelo útil para probar y demostrar la competencia de los profesionales en su práctica (Bird & Wallis, 2002; Dalton, 1989; Glasper, 2011; Neville, McCarthy, & Laurent, 2006; Owens, McConvey, Weeks, & Zeisberg, 2000; Tschannen & Aebbersold, 2010).

El Modelo de Acreditación de Competencias de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).

En el año 2003 la Ley de Cohesión y Calidad promueve la transferencia de competencias a las Comunidades Autónomas en materia de sanidad, entre ellas las competencias relacionadas con la formación continuada, la carrera profesional y la evaluación de las competencias de los profesionales sanitarios. A partir de la nueva legislación, en la Comunidad Autónoma de Andalucía, en el seno de la Consejería de Salud, se elabora el II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), que identifica la Gestión por Competencias como una herramienta fundamental para garantizar la gestión de la calidad de los servicios sanitarios (Consejería de Salud Junta de Andalucía, 2005; Montero, 2004).

Así, se define un Modelo de Gestión por Competencias para el SSPA, que se configura como un elemento integrador de las estrategias de gestión de personas y de las estrategias para la generación, incorporación e intercambio del conocimiento (Almuedo-Paz et al., 2011). El modelo de gestión por competencias permite identificar lagunas formativas y articular, en función de ello, programas de formación con la metodología más idónea para que los profesionales

adquieran las competencias necesarias vinculadas a estándares de calidad (Torres-Olivera, Fernández, Paneque, Carretero, & Garijo, 2004).

En este marco, la acreditación de competencias profesionales se convierte en un elemento clave de las estrategias de evaluación de los profesionales del Sistema Sanitario Público Andaluz, designándose a la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) como entidad certificadora del Sistema de Acreditación para el SSPA. Desde el año 2004, ACSA ha desarrollado un Modelo de Acreditación, propio y singular, que está orientado a reconocer los logros alcanzados por los profesionales en su práctica diaria, promoviendo la mejora continua de la atención que se presta a los ciudadanos y configurándose en un instrumento al servicio del desarrollo profesional continuo (Almazán-González & Casado-Martínez, 2005; Almazán-González, 2006).

El Proceso de Acreditación de Competencias en Andalucía es un proceso voluntario a través del cual el profesional revisa, de forma sistemática, su propia práctica, poniendo de manifiesto un determinado nivel de competencia, que tenía previamente, o que ha alcanzado durante el proceso de acreditación. La autoevaluación es el elemento fundamental de este modelo de acreditación: a través de ella, el profesional analiza su práctica, real y diaria; la autoevaluación pretende garantizar la presencia y/o adquisición de nuevas competencias, así como un determinado nivel de desarrollo de las mismas a lo largo de la vida profesional (Almuedo-Paz et al., 2011; Brea-Rivero et al., 2009).

Las competencias profesionales se recogen en Manuales de Competencias (específicos para cada grupo profesional, disciplina o especialidad); éstos, además, incluyen las buenas prácticas que deben estar presentes en cada puesto de trabajo y las evidencias y pruebas con las que el profesional puede poner de manifiesto sus competencias. Las pruebas que el profesional aporta durante la acreditación de sus competencias son, fundamentalmente, de tres tipos (Brea-Rivero et al., 2009):

- Autoauditorías: son una revisión que el profesional hace de una muestra de historias de salud de los pacientes que ha atendido durante un determinado periodo de tiempo (por ejemplo: Autoauditoría de historias de salud de mujeres embarazadas, atendidas en los últimos 12 meses).
- Informes: consisten en la realización de un breve resumen de una historia de salud, en la que el profesional muestra cuál ha sido su actuación ante determinadas situaciones. Así mismo, los Informes pueden ser de "Reflexión" y/o de "Práctica Clínica" (por ejemplo: Informe de reflexión sobre las medidas puestas en marcha para favorecer y mejorar la intimidad y confidencialidad en la atención a los ciudadanos, o Informe de práctica clínica de 2 casos de mujeres en los que se ha realizado detección de malos tratos en los últimos 2 años, con atención y seguimiento).

- Certificados: son documentos que acreditan la realización de una determinada actividad (por ejemplo: Certificado de la Dirección del Centro Hospitalario o del

Distrito de Atención Primaria sobre participación en comisiones clínicas o grupos de trabajo).

El proceso de acreditación de competencias es progresivo, con tres niveles posibles de acreditación (Avanzado, Experto y Excelente) y ha sido desarrollado con la participación tanto de la Administración Sanitaria como de las Sociedades Científicas y expertos de los distintos ámbitos de actuación profesional, especialidades y disciplinas (Almuedo-Paz et al., 2012).

Tras un ejercicio de pilotaje, en el año 2006 se puso a disposición de los profesionales la primera versión de los Manuales de Competencias Profesionales, tras la cual se han realizado actualizaciones y publicado nuevas versiones hasta ofertar, en la actualidad, un total de 78 Manuales de Competencias para la Acreditación Profesional.

Actualmente, se han acreditado un total de 6.683 profesionales (3.119 en nivel Avanzado, 2.452 en nivel Experto y 1.112 en Excelente); del total de profesionales acreditados, el 51% son enfermeras. Además, 6.954 profesionales sanitarios se encuentran en fase de preparación, para iniciar el proceso de acreditación de sus competencias, y 12.876 se encuentran en fase de Autoevaluación (aportando evidencias y pruebas). Por lo tanto, se encuentran inmersos en el proceso de Acreditación de Competencias Profesionales alrededor de 25.000 profesionales sanitarios del SSPA, lo que supone más del 57% de los licenciados y diplomados sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

LOS PROGRAMAS DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

Los Programas de Acreditación de Competencias Profesionales diseñados por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, están orientados a reconocer los logros del profesional en su día a día, a ayudar a los profesionales a hacer más visibles sus méritos, sus resultados más brillantes. Al igual que el resto de Programas de Acreditación puestos en marcha por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, buscan contribuir a la mejora continua de la atención que prestamos a los ciudadanos y se configuran como un instrumento al servicio del Desarrollo Profesional Continuo (DPC).

En términos generales, las competencias son etiquetas que se refieren a un conjunto de comportamientos observables y medibles y, por tanto, susceptibles de mejora, que están relacionados con un desempeño bueno o excelente en un trabajo y organización determinados. En nuestro ámbito, se definen también como la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes, asociados a las buenas prácticas de su profesión, para resolver las situaciones que se le plantean. (Ley de Cohesión y Calidad del SNS). Se trata de un enfoque que se centra en lo que el profesional hace. Esos comportamientos observables, en los que se mezclan conocimientos, habilidades y actitudes, se

denominan Buenas prácticas. Para que el profesional desarrolle las Buenas Prácticas, es decir, los comportamientos observables asociados a una competencia (hacer), es necesaria la presencia conjunta de lo que sabe (sus conocimientos); lo que sabe hacer (su habilidad para poner en práctica esos conocimientos), de su repertorio de actitudes, su motivación (querer hacer) y del poder hacer (la aptitud, y la favorabilidad de los medios disponibles).

En este marco, se ha establecido la metodología para el diseño de los diferentes Programas de Acreditación de Competencias Profesionales. Así, para cada categoría profesional o especialidad, se han definido los Mapas de Competencias, las Buenas Prácticas asociadas a estas competencias y las Evidencias y Pruebas que van a permitir su medición y evaluación. Todo ello con la participación de más de 600 profesionales del SSPA y más de 60 Sociedades Científicas, que han constituido los Comités Técnicos Asesores (CTAs) correspondientes. Fruto del trabajo de los diferentes CTAs, para cada una de las especialidades o colectivos profesionales se han definido las Buenas Prácticas (los comportamientos observables) y se han identificado las Evidencias o criterios de verificación para determinar la presencia de las Buenas prácticas, y las Pruebas (instrumentos de medición para observar el cumplimiento de dichas evidencias).

Los 74 Manuales de Competencias Profesionales y los 4 de Competencias Específicas para la Práctica Avanzada de Enfermería, creados hasta la fecha, permiten ofertar la acreditación de sus competencias al 98% del total de los profesionales sanitarios del SSPA, así como Desarrollar el Decreto por el que se define la actuación de las enfermeras y enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Todos los Manual de Competencias Profesionales poseen la misma estructura: 5 bloques y 10 Criterios en torno a las cuales se agrupan las Competencias, Buenas Prácticas y Evidencias especificadas por los Comités Técnicos Asesores. Las Buenas prácticas y Evidencias asociadas a las competencias, recogidas en los Manuales de Competencias, no agotan todas las presentes en un desempeño profesional bueno o excelente, sino que están las que son clave, acordes con los planteamientos estratégicos del sistema sanitario.

Bloque I	El Ciudadano	1. Orientación al Ciudadano (satisfacción, participación y derechos).
Bloque II	La Atención Sanitaria Integral	2. Promoción de la Salud, Prevención y Atención Comunitaria.
		3. Atención al Individuo y a la Familia.
		4. Gestión por Procesos Asistenciales Integrados.
Bloque III	El/la Profesional	5. Trabajo en equipo y relaciones interprofesionales.
		6. Actitud de progreso y desarrollo profesional.
		7. Compromiso con la Docencia.
		8. Compromiso con la Investigación.
Bloque IV	La Eficiencia	9. Uso eficiente de los recursos.
Bloque V	Los Resultados	10. Orientación a resultados en el desempeño profesional.

Las evidencias contenidas en los Manuales de Competencias se clasifican en tres grupos:

- Al Grupo I pertenecen aquellas evidencias que contemplan aspectos de la atención del profesional relacionados con los derechos de los ciudadanos, la personalización de los cuidados, los elementos estratégicos del SSPA y del rol asistencial, docente, investigador y gestor de una actuación profesional que progresa hacia la madurez. Un pequeño porcentaje de estas evidencias tienen la consideración de esenciales, por lo que han de cumplirse necesariamente.
- Las evidencias del Grupo II contemplan, con mayor grado de exigencia, los aspectos anteriores y están en relación con una actuación profesional madura y consolidada.
- En el grupo III se incluyen evidencias que convertirían al profesional en un referente para el resto del Sistema.

El Proceso de acreditación consta tres fases:

- Solicitud: La acreditación de competencias profesionales es un proceso voluntario, que se inicia con una solicitud formal que contiene la información mínima necesaria para la identificación del profesional y su lugar de trabajo.
- Autoevaluación: en esta fase, el profesional recopila y aporta una serie de pruebas (revisión de historias de salud, informes de reflexión, informes de práctica clínica y certificados) que le permiten evidenciar un determinado nivel de competencia, que tenía previamente o que ha alcanzado durante el propio proceso de acreditación.
- Reconocimiento y Certificación: una vez concluida la autoevaluación, y según las pruebas aportadas por el profesional, los equipos de evaluadores de la Agencia (expertos en cada

disciplina) realizan una evaluación de las mismas. En función de los porcentajes de evidencias evaluadas positivamente, obtenidas de los grupos I, II y III, el resultado podrá ser la Acreditación en Nivel Avanzado, Experto o Excelente. Finalmente, la Agencia emite el Informe de Certificación de Competencias correspondiente al logro alcanzado por cada profesional.

El proceso de acreditación se soporta sobre una aplicación informática en entorno web, denominada ME_jora P, que facilita especialmente la realización de la autoevaluación en cualquier momento, permitiendo la aportación de las pruebas necesarias para alcanzar la acreditación y facilitando la gestión del proceso con total autonomía por parte del profesional. La metodología seleccionada para configurar todo el proceso de acreditación permite a los profesionales conocer con todo detalle las evidencias y pruebas definidas en su Manual de Competencias, elegir aquellas que ya cumplen o que pueden alcanzar durante el propio proceso (hasta alcanzar el porcentaje requerido), decidir la duración, el orden o el ritmo de su autoevaluación, y comunicarse permanentemente con la Agencia.

Durante todo el proceso, el profesional cuenta con diversas herramientas de apoyo, entre las que destaca la figura del Tutor-guía: un profesional de la Agencia que le acompaña durante todo su proceso de acreditación.

BUENAS PRÁCTICAS Y EVIDENCIAS RELACIONADAS CON TAXONOMÍA

Dentro de los Programas de Acreditación de Competencias se incluyen un total de 12 Manuales que han sido definidos específicamente para los distintos ámbitos de la actuación enfermera:

Atención Primaria

Hospitalización y C. Especiales

Bloque Quirúrgico

Atención Ambulatoria

Cuidados Infantiles

Salud Mental

Emergencias

Matronas/os

Cuidados Paliativos

Enfermería del Trabajo

Gestión de Casos

Coordinación de Trasplantes

Además, se han definido 4 Manuales que recogen Competencias Específicas para la Práctica Avanzada de Enfermería y que han permitido desarrollar un nuevo Decreto relacionado con la prescripción enfermera, a través del cual se define la actuación de los profesionales de la Enfermería en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes

Tratamiento farmacológico en pacientes con Anticoagulación Oral

Tratamiento farmacológico en pacientes con Sedación Paliativa

Tratamiento farmacológico en pacientes con Hipolipemiantes y/o Antihipertensivos

Estos Manuales dibujan un horizonte de desarrollo profesional en base a un total de 16 competencias:

Orientación al ciudadano: respeto por sus derechos

Oferta de servicios y conocimiento organizativo

Educación para la salud, consejo sanitario y medidas de prevención

Personalización de los cuidados

Comunicación y/o entrevista clínica

Continuidad asistencial

Capacidad para apoyar a la familia en su rol cuidador

Soporte vital

Visión continuada e integral de los procesos

Trabajo en equipo y relaciones interprofesionales

Actitud de aprendizaje y mejora continua

Capacidad docente

Aplicación de técnicas de investigación

Adecuada utilización de los recursos disponibles

Orientación a resultados en el desempeño profesional

Metodología de calidad

Dentro de estas Competencias, se incluyen un importante número de Buenas Prácticas y evidencias que hacen referencia explícita a taxonomía y lenguaje enfermero. De esta forma, para que una enfermera pueda alcanzar su acreditación, debe demostrar que es competente

para la formulación diagnóstica, la planificación de objetivos y resultados esperados (NOC) y la realización de intervenciones enfermeras (NIC).

Evidencias referidas a taxonomía en algunos manuales de competencias para Enfermeras*
Desarrollo de proceso de atención de enfermería a pacientes en situación terminal/crítica atendidos en los últimos 24 meses.
Realización de valoración integral estructurada en, al menos, el 60% de los pacientes asignados.
Desarrollo de plan de cuidados de enfermería con nomenclatura estandarizada en, al menos, el 90% de los pacientes asignados.
Intervenciones para potenciar la adherencia al régimen terapéutico prescrito.
Realización de intervenciones para garantizar la seguridad en los pacientes atendidos.
Realización de intervenciones sobre "duelo".
Realización de intervenciones ante "riesgo de lesión" y/o "riesgo de infección" en los pacientes a los que atiende.
Intervenciones encaminadas a reducir la ansiedad/temor en los pacientes atendidos.
Realización de actividades para mejorar el afrontamiento de los pacientes y/o sus familiares.
Realización de valoración integral según modelo de cuidados en, al menos, el 90% de los pacientes inmovilizados atendidos.
Realización de valoración integral según modelo de cuidados en, al menos, el 80% de las cuidadoras familiares atendidas.
Realización de valoración integral según modelo de cuidados en, al menos, el 15% de las personas con procesos crónicos en seguimiento.
Desarrollo de proceso de atención de enfermería en pacientes inmovilizados, ancianos de riesgo o pluripatológicos.
Realización de valoración integral según modelo de cuidados en, al menos, el 50% de las personas con procesos crónicos en seguimiento.
Realización de valoración integral según modelo de cuidados en, al menos, el 95% de las cuidadoras familiares atendidas.
Porcentaje de cuidadoras con diagnósticos enfermeros y/o problemas de colaboración que tienen explicitados planes de cuidados en su historia de salud superior al 70%.
Intervenciones para potenciar la adherencia al régimen terapéutico prescrito.

Realización de intervenciones para garantizar la seguridad en los pacientes atendidos.
Desarrollo de actividades para el seguimiento de salud de personas mayores de 65 años.
Desarrollo y/o seguimiento de proceso de atención de enfermería a pacientes en situación terminal en los últimos 2 años, con abordaje de profesionales interniveles (hospitalización domiciliaria, cuidados paliativos, etc.).
Realización de intervenciones sobre "duelo".
Asume los cuidados del paciente de acuerdo con sus competencias y con la complejidad de los cuidados que requieren, en colaboración con el equipo asistencial.
Realización de intervenciones de apoyo al cuidado (individuales o grupales), dirigidas a cuidadoras en los últimos 12 meses (plan de seguimiento, agenda de trabajo con cuidadoras, etc.).
Mejora objetiva de la situación inicial (NOC) en al menos uno de los siguientes diagnósticos: Ansiedad o temor; Deterioro de la integridad cutánea (potencial o instaurada); Conocimientos deficientes; Riesgo de lesión perioperatoria; Dolor; Riesgo de estreñimiento; Deterioro del patrón de sueño; Manejo inefectivo del régimen terapéutico y/o incumplimiento del tratamiento prescrito.
Mejora objetiva de la situación inicial (NOC) en al menos uno de los siguientes diagnósticos: Conflicto en la toma de decisiones; Afrontamiento inefectivo; Cansancio en el desempeño del rol de cuidador (real o potencial); Afrontamiento familiar comprometido/incapacitante; Síndrome de estrés por traslado; Temor; Conocimientos deficientes; Manejo inefectivo del régimen terapéutico; Afrontamiento inefectivo.

* Manual del/de la Enfermero/a de Hospitalización y Cuidados Especiales, y Manual del/de la Enfermero/a de Atención Primaria.

Algunas de estas evidencias hacen referencia expresa a taxonomía y lenguaje enfermero. Por ejemplo:

Informe de práctica de 2 pacientes inmovilizados, ancianos de riesgos o pluripatológicos a los que se les haya desarrollado proceso de atención de enfermería en los últimos 12 meses.

03.05_03  Desarrollo de proceso de atención de enfermería en pacientes inmovilizados, ancianos de riesgo o pluripatológicos.

Indique si en la historia del paciente se encuentra recogida la siguiente información. Cuando se requiera, escriba la información extraída de la historia, sin sobrepasar el límite de palabras.

1. ¿Existe registro en la historia de salud de valoración de enfermería realizada?

☒ Sí ☐ No

2. Datos de la valoración enfermera.

2.1. ¿Existe alteración de algún patrón/necesidad en la valoración realizada al paciente?

☒ Sí ☐ No

2.2. En caso afirmativo, especifique cuál.

Escriba la información solicitada en el siguiente cuadro de texto (describir con un máximo de 10 palabras)

eliminacion; reposo/ sueño; seguridad

3. Identificar el/los Diagnóstico/s de Enfermería principal/es (especificar los factores relacionados y manifestaciones).

Escriba la información solicitada en el siguiente cuadro de texto (describir con un máximo de 20 palabras)

Riesgo caídas r/c hª previa caídas; Deterioro patron sueño r/c mala higiene sueño m/p dificultad conciliar sueño ; IU urgencias

4. ¿Se han planificado objetivos?

☒ Sí ☐ No

5. Descripción de las intervenciones realizadas.

Escriba la información solicitada en el siguiente cuadro de texto (describir con un máximo de 60 palabras)

Actuacion ambiental . seguridad
Prevencion de caidas
Induccion al sueño
Entrenamiento habito urinario

6. En cuanto a los resultados, especifique si en la historia de salud:

☒ No se recogen datos en relación a los resultados.

☐ Se recogen datos de resultados, pero los indicadores de resultados han evolucionado negativamente.

☐ Se recogen datos de resultados, pero los indicadores de resultados han evolucionado positivamente.

En otros casos, en la evidencia se incluye alguna alusión referida a lenguaje enfermero. Por ejemplo:

6. Informe de práctica de 2 pacientes a los que se les haya realizado intervenciones para garantizar la seguridad en los últimos 12 meses.

Informes cumplimentados

 Ver	 Ver

Esta prueba se relaciona con las siguientes evidencias:

02.03_01  Realización de intervenciones para garantizar la seguridad en los pacientes atendidos.

En esta evidencia, se recomienda al profesional el uso de lenguaje enfermero estandarizado (destacado en la imagen con fondo de color "amarillo"):

Informe de práctica de 2 pacientes a los que se les haya realizado intervenciones para garantizar la seguridad en los últimos 12 meses.

02.03_01  Realización de intervenciones para garantizar la seguridad en los pacientes atendidos.

Se recomienda el uso del lenguaje enfermero estandarizado para rellenar los campos cuando sea preciso

Los campos con asterisco (*) son obligatorios

Datos identificativos

Nº de Historia de Salud. Edad. Fecha de la intervención.

Indique si en la historia del paciente se encuentra recogida la siguiente información. Cuando se requiera, escriba la información extraída de la historia, sin sobrepasar el límite de palabras.

1. ¿Existe registro en la historia de salud de valoración de enfermería realizada?.

☒ Sí ☐ No

2. En función de los datos de la valoración enfermera realizada, identifique qué necesidades/patrones de los siguientes están alterados:

2.1. Si la valoración se ha realizado por Patrones Funcionales (M. Gordon).

2.1.1. Percepción-Manejo de la salud.

☒ Sí ☐ No ☐ No Valorado

2.2. Si la valoración se ha realizado por Necesidades (V. Henderson):

2.2.1. Seguridad.

☒ Sí ☐ No ☐ No Valorado

Y en otros casos, la evidencia se acompaña de una "Aclaración" que orienta a la enfermera respecto a cómo debe realizarse una valoración estructurada y qué criterios de calidad debe cumplir.

Aclaraciones y/o referencias asociadas a la evidencia

03.05_02a  Realización de valoración integral según modelo de cuidados en al menos, el 80% de las cuidadoras familiares atendidas.

Aclaración

Estimación prevalencia de cuidadoras: 50% de los pacientes inmovilizados.

Definición de cuidadora principal: Dentro de la familia la prestación de cuidados no se reparte por igual entre todos sus miembros, sino que puede identificarse uno de entre sus miembros sobre el que recae la mayor responsabilidad en el cuidado, es quien proporciona la mayor parte de los cuidados, de quien va a depender la persona cuidada para poder seguir viviendo en su entorno, esta persona es la cuidadora principal.

Una valoración estructurada debe responder a un modelo de cuidados o patrones funcionales o en su defecto a una sistemática de valoración estandarizada en su centro. En la hoja de cumplimentación de datos debe marcarse el método que utiliza. Para considerar cumplida la evidencia deben rellenarse al menos cinco campos cuando se valore según patrones funcionales o nueve campos, cuando se valore según necesidades. Se considerará la necesidad o el patrón valorado cuando el campo aparezca cumplimentado: - Con los hallazgos de la valoración. - Con la expresión "No Alterado" o similar. No se considerará valoración integral cuando aparezcan rellenos menos campos de los indicados anteriormente.

Valoración integral según modelo de cuidados de V. Henderson V. Henderson identifica 14 necesidades básicas sobre las que se desarrollan los cuidados enfermeros: 1.- Respiración 2.- Alimentación e hidratación 3.- Eliminación 4.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada. 5.- Descansar y dormir. 6.- Seleccionar vestimenta adecuada. 7.- Mantener la temperatura corporal. 8.- Mantener la higiene corporal. 9.- Evitar los peligros del entorno. 10.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones. 11.- Religión y/o creencias 12.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado. 13.- Participar en todas las formas de recreación y ocio. 14.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud

Valoración integral según patrones funcionales de M. Gordon La valoración por Patrones Funcionales de M. Gordon enfoca su atención sobre 11 áreas: - Patrón 1: Percepción - manejo de la salud - Patrón 2: Nutricional - metabólico - Patrón 3: Eliminación - Patrón 4: Actividad - ejercicio - Patrón 5: Sueño - descanso - Patrón 6: Cognitivo - perceptual - Patrón 7: Auto percepción - autoconcepto - Patrón 8: Rol - relaciones - Patrón 9: Sexualidad - reproducción - Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés - Patrón 11: Valores - creencias

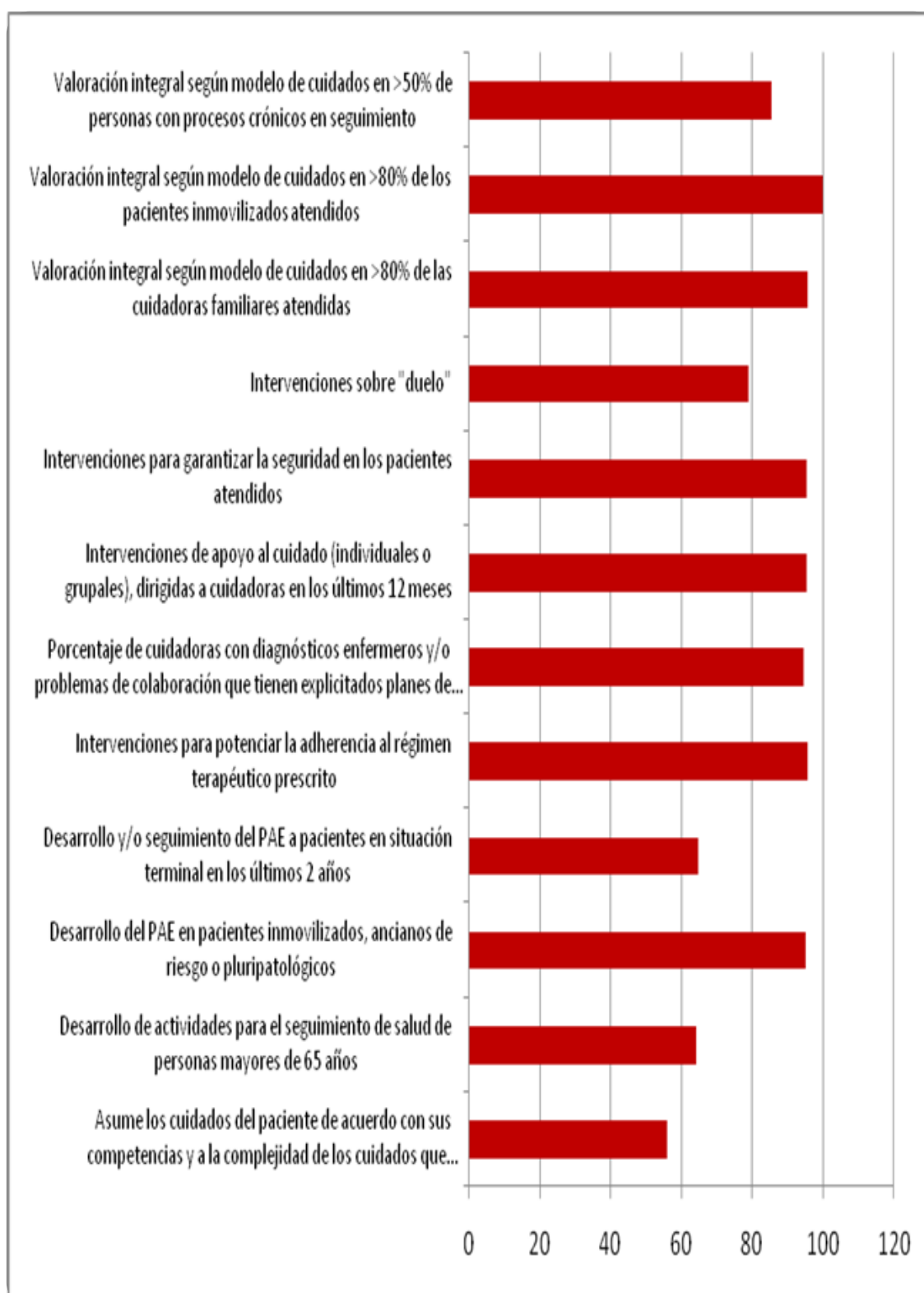
Actualmente, hay más de 13.000 enfermeras en proceso de acreditación de sus competencias profesionales; de ellas, más de 3.000 han alcanzado su Acreditación. Con respecto al porcentaje de enfermeras acreditadas que han demostrado su competencia y aportado buenas prácticas y evidencias relacionadas con Taxonomía, se han analizado los datos referidos a las enfermeras que trabajan en unidades de hospitalización y a las enfermeras comunitarias.

A continuación se relacionan 2 gráficos con los datos correspondientes, pudiendo observarse las evidencias que más frecuentemente han sido puestas de manifiesto en la práctica clínica de ambos grupos profesionales.

% de Enfermeras de Hospitalización que han aportado las evidencias correspondientes durante sus procesos de acreditación de competencias



% de Enfermeras Comunitarias que han aportado las evidencias correspondientes durante sus procesos de acreditación de competencias



Las enfermeras necesitamos poder compartir información sobre nuestra práctica. Esta es la única forma de poder mejorar los cuidados que brindamos a los ciudadanos, gestionar eficazmente los recursos, avanzar en la investigación y aumentar nuestra visibilidad ante la sociedad en su conjunto. Pero, para compartir información, es preciso el uso de un lenguaje

propio, una terminología común que asegure que lo que se analiza y lo que se compara son la misma cosa.

Sólo con la utilización de un lenguaje común, entendido por los profesionales que integran el colectivo enfermero, que permita describir los juicios clínicos, las intervenciones y los resultados, será posible una comunicación que facilite y promueva una adecuada atención.

El lenguaje estandarizado asegura una comunicación consistente y clara y, por lo tanto, unos cuidados adecuadamente orientados a las necesidades de los pacientes y sus familias.

Los Procesos de Acreditación de Competencias promueven el uso de taxonomía estandarizada y lenguaje enfermero, como elementos de calidad de la atención que las enfermeras prestamos a los ciudadanos.

LA WEB SOCIAL AL SERVICIO DE LA ENFERMERÍA

AUTORA

Azucena Santillán García

PALABRAS CLAVE

web 2.0, ciencia 2.0, enfermería

INTRODUCCIÓN

Facebook, Twitter, chat, foro... son palabras que actualmente inundan nuestro vocabulario aunque no siempre fue así. Internet y las redes sociales se han establecido en nuestras vidas de manera global. No sólo las utilizamos a nivel personal sino que además los usos profesionales están cada vez más extendidos.

Con el auge de la web social (o web 2.0) las posibilidades de encontrar lo que te interesa y a quien te interesa con elevadas, y no se requieren grandes conocimientos técnicos o informáticos. No hablamos de ser expertos en búsquedas bibliográficas y de un avanzado manejo de las bases de datos, si no de surfear en la web. Pero, ¿Qué entendemos como web 2.0? Tim O'Reilly fue la persona que acuñó esta denominación y con ella se refería a un nuevo concepto de Internet en el cual los contenidos son diseñados y creados por los propios usuarios. De esta manera se crean comunidades virtuales dinámicas que poco tienen que ver con la clásica y estática web 1.0 y que ponen el foco la idea del internauta que es a la vez consumidor y productor de información (también llamado prosumidor)^{1, 2, 3}.

Avanzando en el concepto y aplicándolo al campo de la salud, nace la denominación "salud 2.0" definida como el uso de un conjunto concreto de aplicaciones y servicios de la web 2.0 por parte de los agentes implicados en la asistencia sanitaria (médicos, pacientes, enfermeras, investigadores...) para promover la colaboración, personalizar la asistencia y promocionar la educación sanitaria. En nuestro ámbito concreto, se denomina coloquialmente como "enfermeros 2.0" a aquellos enfermeros que utilizan activamente Internet y las redes sociales para la creación de espacios de reflexión e información en materia de cuidados. No se trata de tener perfiles en todas las redes sociales y de manejar todo el catálogo de herramientas 2.0, si no de tener la actitud para compartir y generar información a través de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)⁴.

HERRAMIENTAS 2.0

Existen varias clasificaciones para estas herramientas 2.0, y una de las más elaboradas y mejor definidas es la taxonomía de Bloom para la era digital. Esta taxonomía está elaborada a partir de la original de 1956 que define y categoriza los objetivos que se pretenden conseguir con las actuaciones formativas. En 2001 Anderson y Krathwohl reelaboran la taxonomía inicial y la

configuran a partir de las categorías: recordar, comprender, aplicar, analizar, evaluar y crear. Y basándose en esta última Churches elaboró otra en 2008 adaptada a la era digital que manteniendo las categorías pero incorpora nuevas actividades dentro de cada una de ellas.^{5,6, 7}

En la siguiente figura (Figura 1) se puede observar la gama de herramientas 2.0 dentro del mapa de la taxonomía digital de Bloom:

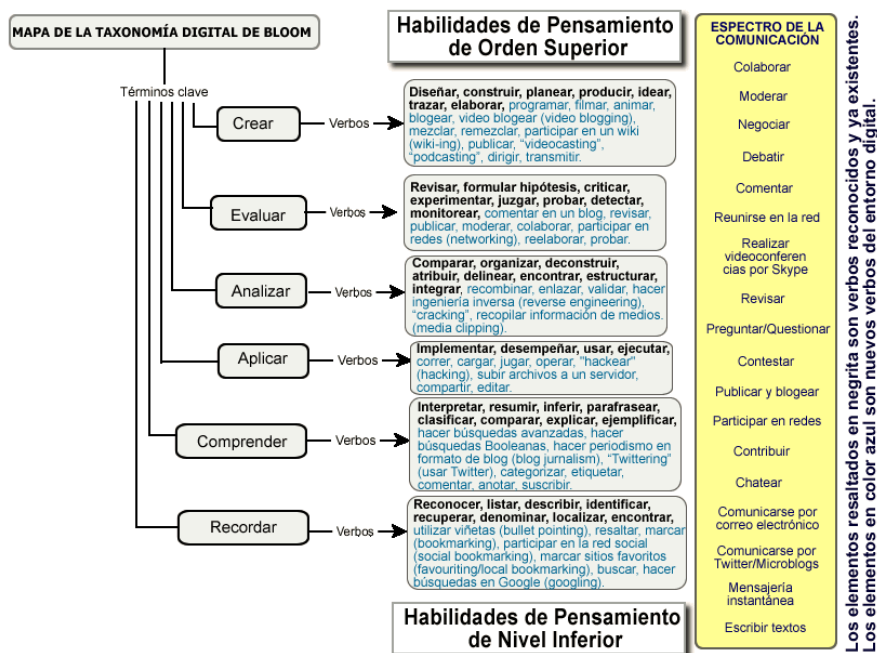


Figura 1

Fuente: Eduteka.org

Desde otro punto de vista, las herramientas 2.0 pueden ser identificadas como facilitadoras dentro del proceso científico, creándose así otra clasificación muy interesante para la investigación en cuidados. Si tenemos en cuenta las etapas del método científico (planificación, ejecución, análisis, elaboración del informe y difusión) obtenemos una clasificación de recursos como los que aparecen en la Figura 2:



Figura 2

Fuente: Elaboración propia (A. Santillán)

Desde esta perspectiva, se podría hablar de una ciencia 2.0⁸ y las ventajas de este enfoque van desde la utilización de la web 2.0 para conformar bases de datos de los grupos de investigación, creación de plataformas que faciliten las sinergias entre los integrantes hasta la mejora en la difusión de los resultados de la investigación⁹.

Sea cual sea la taxonomía que utilicemos para explorar estas herramientas, de todas ellas extraemos una serie de características comunes útiles para las profesiones sanitarias en general y la enfermería en particular, como son 10, 11, 12:

Facilidad de acceso a la información y facilidad para compartir.

Aumento de visibilidad de nuestro trabajo.

Mayor interacción con los demás.

Más información disponible, compartida y personalizada.

Aumento de la accesibilidad a la información sanitaria.

Vigilancia de la salud pública.

Potencial para influir en las políticas de salud.

Trabajo colaborativo más rápido y eficiente.

Nuevos y mejores sistemas de aprendizaje.

Difusión rápida y fluida de la información.

LOS PACIENTES (EL EPACIENTE)

Esta generalización en el uso de las tecnologías por parte de la enfermería está en consonancia con los usos que la población hace de ellas. Según ONTSI 13 (Observatorio Nacional de las Comunicaciones y de la Sociedad de la Información del Ministerio de Industria Energía y Turismo del Gobierno Español) el número de internautas en España está creciendo y más de 29 millones de personas de más de 10 años dicen haber utilizado Internet en nuestro país. Además sabemos que la telefonía móvil está cada vez más presente en la población (caso el 86% de los españoles utilizan el teléfono móvil habitualmente) lo cual nos lleva a otro concepto en auge: la mHealth o medicina móvil. Este término, hace referencia al uso de dispositivos móviles y tecnologías wireless como soporte para la consecución de objetivos en salud¹⁴.

Las últimas estadísticas nos muestran que los usuarios de las redes sociales son millones, y que los usuarios utilizan frecuentemente Internet para buscar información sobre salud. En este escenario, ¿no debería estar la enfermería presente? Muchas son las voces que opinan que sí¹⁵.

El nuevo modelo de paciente (el llamado ePaciente) ¹⁶ tiene o busca información sobre salud en Internet y se convierte en gestor activo de su calidad de vida. La educación para la salud pasa por conocer y recomendar enlaces a páginas con información de calidad (superando así la administración de información a modo de fotocopia). Desde esta óptica, le enfermería tiene ante sí un amplio campo que explorar y desarrollar sobre todo en el ámbito de la curación de contenidos (filtrado de contenidos de calidad) ¹⁷.

Tampoco podemos perder de vista el hecho de que la cronicidad está tomando un papel sumamente notorio en nuestros sistemas sanitarios por el aumento de pacientes con este tipo de patologías. Estos pacientes pueden beneficiarse especialmente de los cuidados a través de la web 2.0 mejorando su autoestima, favoreciendo la adherencia al tratamiento y recibiendo el apoyo emocional que proporciona la web social¹⁸.

LOS HOSPITALES LÍQUIDOS

Dentro de este panorama, no son sólo los pacientes y profesionales los que utilizan las herramientas 2.0 sino que las instituciones sanitarias también lo hacen, y de manera creciente, siendo Youtube, Facebook y LinkedIn las que más han crecido al menos Europa.¹⁹ A estos hospitales que utilizan las redes sociales para comunicarse con pacientes y profesionales se les denomina hospitales líquidos por el carácter fluido y transparente de su comunicación.

Este uso profesional de las redes sociales y de las herramientas web obligan a una precaución a la hora de establecer relaciones comunicacionales con los pacientes, ya que no se debe olvidar que detrás del supuesto anonimato de la red hay una responsabilidad profesional cuando

interactuamos en nombre de una institución sanitaria. Por ello diversos organismos ya tienen manuales de estilo para regular estas cuestiones^{20, 21, 22}

Internet es un escenario en donde todos los actores en salud (profesionales, pacientes, instituciones...) tienen su oportunidad y la enfermería tiene mucho que aportar en este ámbito, no sólo a nivel interprofesional (compartiendo información y favoreciendo la investigación y el desarrollo profesional) si no que también lo tiene en sus relaciones con los pacientes.

Limitaciones del uso de la web 2.0 en salud

Una vez descritos los beneficios no podemos olvidar señalar las limitaciones de la comunicación a través de la web 2.0 tiene asociadas ^{9, 23}, como son:

1-Problemas de calidad: los contenidos disponibles en Internet son de calidad variable y es preciso saber identificar los signos de calidad de las páginas web.

2-Falta de confiabilidad: No siempre los autores de los contenidos están correctamente identificados.

3-Falta de confidencialidad: En ocasiones las plataformas web no garantizan suficientemente este aspecto y a veces son los propios profesionales los que no son conscientes de que están infringiendo normas de confidencialidad a través de malas prácticas.

4-Problemas con la privacidad: No todos los países están legislados de la misma manera en materia de privacidad y a veces se producen vacíos legales que pueden derivar en brechas de seguridad en este ámbito.

A PROPÓSITO DE UN CASO: ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA EN LAS REDES

En Julio de 2010 nació el blog "Enfermería Basada en la Evidencia" (EBE), ubicado en www.ebevidencia.com. Inicialmente se trataba de un espacio virtual en el que dar respuesta a la necesidad expresada por las enfermeras en los talleres sobre EBE de tener información y recursos organizados en español y adaptados a los cuidados. Así poco a poco no sólo se ha aglutinado información sobre la metodología de la enfermería basada en evidencias, investigación etc. si no que se ha generado un espacio en el cual los lectores aprenden y colaboran. El uso de una plataforma gratuita, fácil e intuitiva como Blogspot y posteriormente Wordpress me animó rápidamente a alimentar este espacio con pequeños post (publicaciones) en los cuales recogía todo aquello que encontraba interesante o útil y la acogida fue muy buena.

Los objetivos del blog desde su inicio son:

Fomentar la práctica basada en evidencias.

Difundir y agrupar recursos interesantes y prácticos relacionados con la investigación en cuidados.

Favorecer el intercambio de ideas y opiniones mediante la participación activa de los lectores a través de sus comentarios.

En un segundo momento, y dada la importante repercusión que las redes sociales tienen en la sociedad, se crearon perfiles profesionales para las redes más activas en España: Twitter (@ebevidencia), Facebook, Tuenti, Youtube, Slideshare y Flickr. Gracias a la difusión en las redes, los contenidos del blog llegan a miles de lectores interesados en cualquier país hispanoparlante.

A consecuencia de la gran cantidad de mensajes que recibía con dudas, sugerencias etc. en un tercer paso, se creó la "Comunidad de aprendizaje EBE" (Mayo 2011) utilizando la tecnología de Facebook para los grupos, teniendo así un grupo cerrado (en el cual se admite a todo aquel que lo solicita). En este grupo se habla de metodología de la investigación, resultados en salud, artículos, lectura crítica etc., y cada vez que alguno de los miembros del grupo plantea una duda, el resto de los miembros pueden contestar generándose conversación y flujo de información. El grupo hoy en día tiene más de 800 miembros y se denomina "Yo también leo Enfermería Basada en la Evidencia".

RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA

Va a hacer 4 años desde el inicio de esta experiencia, en los cuales a través del blog se han publicado más de 240 post o entradas, 1600 comentarios han generado conversaciones sobre los temas, y han leído los contenidos visitantes de España, México, EEUU, Francia, Argentina, Colombia, Chile o Perú entre otros países.

Las entradas más visitadas son:

Cómo incluir el estilo Vancouver en los estilos bibliográficos de Word 2010

Cómo citar siguiendo las normas APA con Microsoft Word 2010

Fuentes de información documental en Enfermería

Métodos cualitativos para investigación

Estrategia PICO

Estadística para enfermería: recursos imprescindibles

La comunicación científica tipo poster

Guías de Práctica Clínica para Enfermería

Manual para buscar y usar información científica

Guías (GPC), protocolos y vías clínicas: definiciones y documentación

Mediante las redes sociales se está llegando a los muros de casi de 12.000 personas a través del perfil y la página Facebook. Twitter también juega un papel importante en esta difusión gracias a los más de 4200 seguidores que tiene la cuenta.

Esta experiencia está siendo constantemente evaluada para su mejora y mayor adecuación^{24, 25 , 26}. Los frecuentes cambios en las políticas de las redes sociales obligan a una revisión permanente de las mismas y de los contenidos publicados.

BIBLIOGRAFIA

O'Reilly [página principal en internet]. What is Web 2.0. Design patterns and business models for the next generation of software. [actualizado 30 Sep. 2005; citado 10 Mayo 2012]. Disponible en: <http://oreilly.com/web2/archive/what-is-web-20.html>

Lorca J, Jadad A. ¿Salud 2.0? Revista e Salud. 2009; 5(19).

Stancati, M. (2009). [What kind of communication in the prosumers' era?]. *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia* , 32(4 Suppl), 235-238.

Cepeda-Díez, J. M., Meijome-Sánchez, X. M. , Santillán-García, A.(2013). Innovaciones en salud y tecnologías: las cosas claras. *Revista Enfermería CyL* , 4(1).

Bloom, B. (1956). Taxonomy of educational objectives: Handbook I, The cognitive domain [Taxonomía de los objetivos educativos: Tomo I, El dominio cognitivo]. Nueva York, David McKay & Co.

Anderson, L.W. & Krathwohl, D. (Eds.) (2001). A Taxonomy for Learning, Teaching and Assessing: a Revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives.

Churches, A. (2009). Taxonomía de Bloom para la era digital. Eduteka. Online: <http://www.eduteka.org/TaxonomiaBloomDigital.php>.

Maestro Cano, J. Á., Ribes Llopes, I., Merlo Vega, J. A., Ferreras Fernández, T., Gallo León, J. P., & Angosto Castro, A. (2010, October). Ciencia 2.0: aplicación de la Web social a la investigación. In X Workshop Rebiun sobre proyectos digitales: diez años de proyectos digitales: cambian las bibliotecas, cambian los profesionales. Valencia, 7 y 8 de octubre de 2010.

Rodríguez-Martín A., Nobalvos-Ruiz J.P., Jiménez-Rodríguez R., Jiménez-Rodríguez A. Nuevas tecnologías; posibilidades de apoyo a la investigación en red. *Nutr Hosp* 2012 ; 27(Supl. 2):49-53

Moorhead SA, Hazlett DE, Harrison L, Carroll JK, Irwin A, Hoving C

A New Dimension of Health Care: Systematic Review of the Uses, Benefits, and Limitations of Social Media for Health Communication. J Med Internet Res 2013 ; 15(4):e85

Eapen BR. Collaborative writing: Tools and tips. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2007 ; 73:439-41

Duncan I., Yarwood-Ross L., Haigh C. YouTube as a source of clinical skills education. Nurse Education Today, Volume 33, Issue 12, December 2013, Pages 1576-1580

ONTSI-Urueña, A., et al. "Las TIC en los hogares españoles." XL Oleada, Octubre-Diciembre (2013).

mHealth: New horizons for health through mobile technologies: second global survey on eHealth. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

Carrión Jiménez A. Presencia enfermera en la Comunidad Virtual Sanitaria. Metas de Enferm jul/ago 2011; 14(6): 3

Traver V. , Fernández-Luque L. El ePaciente y las redes sociales. [monografía en Internet];ITACA2011. [Consultado el 10 Marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.salud20.es/>

Iribarren, C. A. (2013). Curación de contenidos en educación: filtrar, organizar, distribuir. Comunicación y pedagogía: Nuevas tecnologías y recursos didácticos, (267), 14-16.

Stellefson M, Chaney B, Barry AE, Chavarria E, Tennant B, Walsh-Childers K, et al. Web 2.0 chronic disease self-management for older adults: a systematic review. J. Med. Internet Res. [Internet]. Journal of Medical Internet Research; 2013 Jan 14 . [Consultado 10 de Marzo de 2014] ; 15(2):e35. Disponible en : <http://www.jmir.org/2013/2/e35/>

Van de Belt TH, Berben SAA, Samsom M, Engelen LJ, Schoonhoven L

Use of Social Media by Western European Hospitals: Longitudinal Study

J Med Internet Res 2012 ; 14(3):e61

Guía de usos y estilo en las Redes Sociales del Gobierno Vasco. [en línea]. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 2011. [Consultado 10 de Marzo de 2014] Disponible en: www.irekia.euskadi.net

Guía de usos y estilo en las redes sociales de la Generalidad de Cataluña [en línea]. Barcelona: Generalidad de Cataluña. Departamento de la Presidencia, 2010. [Consultado 10 de Marzo de 2014] Disponible en: www.gencat.cat.

Política de redes sociales del Hospital Sant Joan de Déu – Barcelona [en línea]. Barcelona: Hospital materno infantil Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona, 2011. [Consultado 10 de Marzo de 2014] Disponible en: www.hsjdbcn.org

Thompson, L.A., Black, E., Duff , W.P., Paradise Black, N. Saliba, H., & Dawson, K. (2011). Protected health information on social networking sites: Ethical and legal considerations. J Med Internet Res 2011 (Jan 19); 13(1):e8

Santillán A. Valoración de un blog como elemento de comunicación de enfermería. XV Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Poster. Libro de ponencias. Pag 467-468. [Consultado 10 de Marzo de 2012] Disponible en: <http://www.isciii.es/>

Santillán A. Impacto de la difusión de la enfermería basada en la evidencia a través de Facebook. VIII Congreso Nacional de Informática en Enfermería. Comunicación. Libro de ponencias. Pag 375-380.

Santillán A. [Impacto a través de Facebook: Blog enfermería basada en la evidencia](#). Revista ROL de enfermería 36 (5), 36-40

EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO 2.0: LA EXPERIENCIA CONTADA EN UN BLOG

AUTOR

Pedro Ruymán Brito Brito.

PALABRAS CLAVE

Blogging, Diagnóstico de enfermería.

INTRODUCCIÓN

La actividad del blog El diagnóstico enfermero comenzó en diciembre de 2010 y continúa hasta la actualidad. Entre los antecedentes de este sitio web, o bitácora digital, se encuentra la experiencia formativa en metodología enfermera que permitió a su editor acumular el aprendizaje y el conocimiento de la variabilidad clínica en el uso de los lenguajes estandarizados de cuidados como para percibir la necesidad de contarlos a través de la red de redes, internet.

El programa formativo Cuidarte (1, 2), vigente en Atención Primaria del Área de Salud de Tenerife desde marzo de 2008, es el principal acicate que ha permitido generar una masa crítica suficiente de enfermeras como para “nutrir” la actividad de un blog cuya clave, si tuviéramos que seleccionar alguna, debiera ser la constancia. Las cientos de sesiones clínicas y talleres celebrados durante este último lustro con casi quinientas enfermeras de Atención Primaria han generado reflexiones muy ricas sobre la operatividad de los lenguajes estandarizados de cuidados y su uso en la realidad clínica más inmediata y cercana a las necesidades de los profesionales. Todo ello con el ingrediente extra de la implantación y utilización masiva de las historias de salud electrónicas.

De esta manera, los diversos y múltiples contenidos publicados en el blog El diagnóstico enfermero se han ido sucediendo poco a poco, a lo largo de cada año, como un cuentagotas que trata de instilar algunas respuestas ante un mar de dudas. Para buscar un cauce normalizador y generalizado donde la implementación de los diagnósticos enfermeros en la práctica clínica no suponga el rechazo habitual conocido hasta el momento sino que se haga de un modo digerible, cercano y, sobre todo, coherente.

El blog El diagnóstico enfermero se creó para hacer extensivos a todos aquellos profesionales del cuidado los asuntos de interés relacionados con los diagnósticos enfermeros, y por ende los lenguajes estandarizados, que surgían entre las enfermeras asistenciales, docentes, investigadoras y gestoras tanto de Tenerife como del resto de Canarias.

Se sabe que en Estados Unidos, la notable expansión de esta actividad reconocida como blogging surgió a partir de 2004 (3). En España, esta expansión sucedió, en mayor medida, algunos años después. En el concepto “dos punto cero – 2.0” priman el conjunto de

aplicaciones y sitios web, la interoperabilidad y un diseño centrado totalmente en el usuario. El blogging, por su parte, es uno de los servicios más populares de internet hoy en día.

Las experiencias para la enfermería acerca del uso de los blogs son positivas (4). Se conforman como muy buenas fuentes de información para los pacientes y cuentan con la ventaja de que están organizados cronológicamente, de la información más actual a la más antigua, facilitando la consulta de los usuarios. Además, el hecho de contar con la inclusión de hipervínculos para facilitar el acceso a múltiples fuentes desde un solo lugar, es un valor importante en cuanto a su utilidad. Las bondades de los recursos 2.0 (4 , 5) están muy presentes en la elaboración de contenidos del blog El diagnóstico enfermero.

PROPÓSITO

Como objetivo principal en el arranque de El diagnóstico enfermero se encontraba potenciar, a través de internet, el uso de la red 2.0 para compartir el conocimiento y el interés por la temática de los diagnósticos enfermeros, a partir de la experiencia formativa y de asesoramiento del programa Cuidarte. El centro de interés se fijaba, ya desde la publicación de la primera entrada del blog, en el concepto y uso de los diagnósticos enfermeros, generando la posibilidad de convertirse en punto de encuentro, un lugar web para la opinión abierta, distendida y rigurosa sobre la temática, pues, como se ha comentado, las experiencias profesionales con el uso de los blogs como herramientas de comunicación son favorables (4). Aunque los blogs se han convertido en los últimos años en una opción más que útil para la enseñanza a todos los niveles, incluida la educación en enfermería (6), el propósito inicial de esta ciberbitácora que nos ocupa se centraba más en la exposición de diversidad de experiencias profesionales para el uso de los diagnósticos, su inserción en las historias clínicas electrónicas y su rápida expansión en cuanto a número de enfermeras que lo han empezado a utilizar en su labor diaria.

Con todo ello, las principales preocupaciones y, en consecuencia, ocupaciones, leitmotiv de muchas entradas a lo largo de los últimos tres años, han sido cuestiones como la precisión diagnóstica, la concordancia clínica en los enunciados, la priorización de necesidades humanas que precisaran de cuidados, la búsqueda de criterios de consenso, la mejora del soporte clínico suficiente... Y, por supuesto, todo ello desemboca en la investigación, pero con letras mayúsculas. Además, se generaron paralelamente al blog El diagnóstico enfermero, direcciones en Twitter y Youtube, como herramientas complementarias en línea de utilidad para realzar y comunicar de forma instantánea y con diversos formatos los contenidos del blog, elemento central. Todas estas herramientas mejoran la comunicación entre profesionales, entre profesionales y pacientes, y entre pacientes (7). Las nuevas herramientas de comunicación social han sido adoptadas por profesionales y pacientes, que se han organizado en comunidades virtuales. El diagnóstico enfermero pretende funcionar como una comunidad de

encuentro para todos aquellos profesionales interesados en el tema. Desde 2012 forma parte de la iniciativa del Grupo de enfermería ENE, que aglutina diferentes proyectos de difusión e investigación relacionados con la enfermería y los cuidados (8).

ACTIVIDADES Y TEMÁTICAS

Desde el 16 de diciembre de 2010 hasta el 5 de marzo de 2014 se han publicado en El diagnóstico enfermero un total de 107 entradas. La distribución de publicaciones por año se muestra en el Gráfico 1.

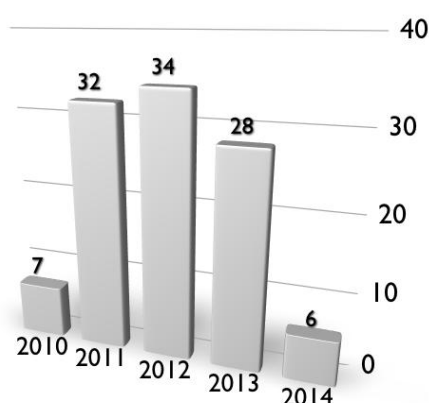


Gráfico 1. Número de entradas publicadas por año en el blog El diagnóstico enfermero.

Con respecto al total de etiquetas empleadas, se usaron 97, sin contabilizar aquellas que describen la temática principal del lugar web, es decir, diagnóstico/s enfermero/s. Con tal salvedad, las etiquetas más utilizadas en las diferentes entradas fueron: Publicaciones (11 veces), Algoritmo diagnóstico (9 veces), Instrumentos diagnósticos (8 veces), Definiciones (7 veces), Metodología Enfermera (7 veces), Diagnóstico enfermero psicosocial (7 veces), Etiquetas diagnósticas (7 veces) y Enfermería, Ciencia enfermera, NANDA-I, Claves clínicas y Diagnóstico diferencial (5 veces).

Ello denota como actividades y temáticas principales, aquellas cuestiones vinculadas a la divulgación científica, definición de conceptos, área psicosocial y a la obtención de instrumentos de ayuda a la utilización clínica certera, precisa y exacta de los diagnósticos enfermeros, principalmente. Como ejemplo de algunas de las herramientas ofrecidas desde el blog para la facilitación diagnóstica de las enfermeras asistenciales, podemos observar en la Figura 1 un mapa de claves clínicas para el diagnóstico diferencial de problemas de interacción social.

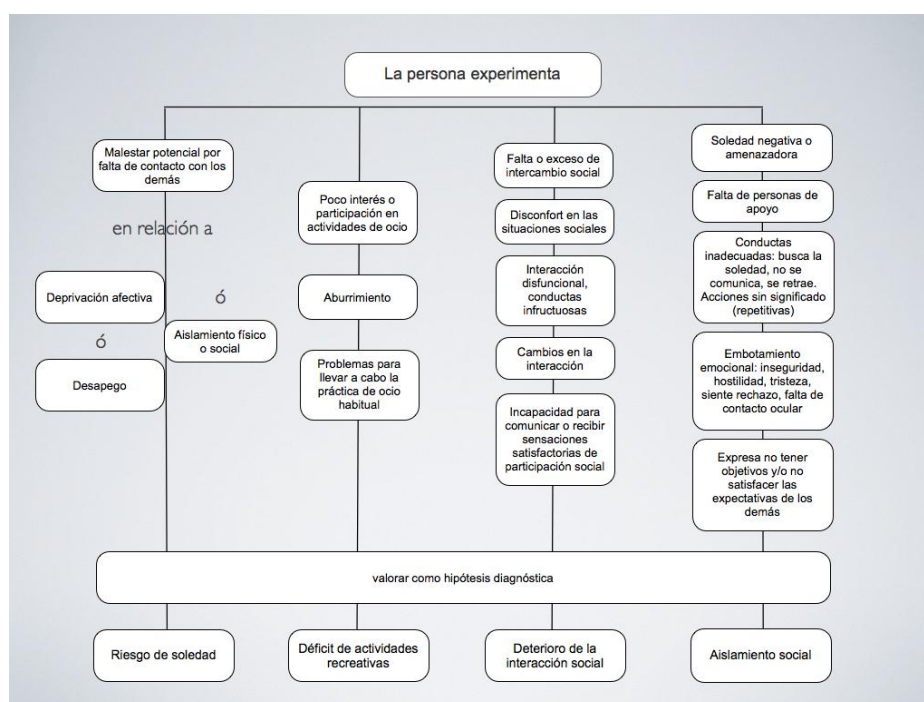


Figura 1. Claves clínicas para el diagnóstico enfermero diferencial de problemas de interacción social.

Sobre el total de páginas consultadas por los usuarios, éste asciende, a 5 de marzo de 2014, a algo más de 584.000 consultas repartidas al ritmo mostrado en el Gráfico 2. Se observa que la mayor proporción de visitas se recibió entre los años 2012 y 2013, tras la tendencia de crecimiento progresiva iniciada en 2011. Asimismo se observa un período de decrecimiento en cuanto al número de visitas en el último trimestre del año 2013.

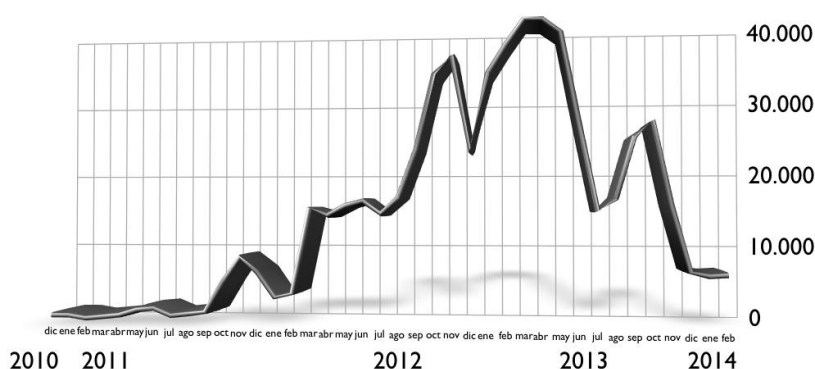


Gráfico 2. Número de páginas vistas en el blog El diagnóstico enfermero distribuidas por mes y año.

Las diez publicaciones que más visitas han recibido hasta el momento se muestran en la Tabla 1.

	Título de la entrada	Visitas	Fecha publicación
1	NANDA, NIC y NOC en urgencias	15306	22/10/12
2	Clasificaciones de diagnósticos enfermeros	10553	20/04/11
3	Virginia Henderson	8942	24/05/12
4	Jean Watson	8708	20/07/12
5	Mapa conceptual "Teoría y práctica enfermera"	8578	04/02/11
6	Tesis doctorales enfermeras en España	7396	04/12/11
7	Pérdida y Duelo	6186	09/10/12
8	Taxonomía NNN. Distribución de etiquetas diagnósticas por clases y dominios	5577	15/09/11
9	El significado de la enfermería	3733	21/08/11
10	Necesidades humanas y diagnósticos enfermeros	3437	15/02/12

Tabla 1. Entradas que han recibido mayor número de visitas en el blog El diagnóstico enfermero.

Atendiendo a estos datos mostrados en la tabla anterior no podemos afirmar que exista mayor interés por un único tipo de publicaciones. Interesan los aspectos prácticos, útiles para la enfermería asistencial, pero también las reflexiones teóricas y conceptuales clásicas, así como los asuntos vinculados al campo de la investigación y la divulgación científica.

Los países que más han consultado el blog son, por este orden y contabilizando el total del período en que lleva operativo como recurso web: México (152.000 visitas), España (114.000 visitas), Estados Unidos (92.300 visitas), Perú (41.200 visitas), Colombia (29.781 visitas), Venezuela (28.300 visitas), Chile (25.800 visitas), Argentina (22.400 visitas), Ecuador (11.500 visitas) y Puerto Rico (8.800 visitas). Se han generado un total de 120 comentarios sobre las entradas publicadas, con el fin de intercambiar opiniones, pareceres y para la aclaración de dudas o dificultades entre quienes consultan el blog. Hay casi un centenar de seguidores registrados en el blog y más de 2700 en la cuenta de Twitter que lleva el mismo nombre.

USO POTENCIAL DEL BLOGGING

Los blogs tienen un diseño fácil de usar para que cualquier persona, con unos mínimos conocimientos de informática, pueda crear y mantener el suyo propio. Entre las características principales están la alta interacción en línea que posibilitan y la inmediatez a la hora de acceder

a la información. Estamos obligados aquí a hacer alusión a la teoría de la información como marco conceptual en el uso de las redes y nuevos medios sociales:

“La propia información aparece de formas muy distintas en el contexto social: conexiones entre individuos, acciones y estados de los individuos, capacidad de las sociedades para procesar datos... Todos estos tipos de información desempeñan un papel en el funcionamiento de una sociedad” (9).

¿Cuál es el papel de la información relacionada con los cuidados en salud, y más concretamente con los lenguajes diagnósticos enfermeros, que fluye a través de las redes? El funcionamiento social ha cambiado mucho desde la llegada de los nuevos medios de comunicación a través de internet.

Vedral comenta que parece poco probable que la teoría de la información pueda predecir el futuro pero lo que sí es cierto es que:

“Con una mayor interconectividad en el mundo, tendremos que mejorar la velocidad de nuestra forma de pensar y de nuestra forma de tomar decisiones... La información mutua simplemente aumenta muy rápidamente y si queremos tomar buenas decisiones necesitamos asegurarnos de que nuestra propia forma de procesar la información puede seguir el ritmo. El futuro, al parecer, no será solo de los más osados sino también de los más rápidos” (9).

Si los enfermeros interesados en los lenguajes de cuidados no nos incorporamos estratégicamente a esta dinámica 2.0 que crece a ritmo de vértigo, nuestras prácticas profesionales y nuestras propias opciones podrían quedar obsoletas y ancladas en el siglo XX.

Las nuevas herramientas de comunicación social (Twitter, Facebook, Youtube...) han posibilitado comunidades virtuales que permiten a los profesionales sanitarios conocer otra perspectiva y posicionarse mejor para la búsqueda de la excelencia en cuidados de la salud (10). La divulgación de la investigación en cuidados es otro escenario que puede verse favorecido por la utilización de los blogs profesionales. No obstante, el cambio cultural necesario para incorporar definitivamente el uso del blogging y las nuevas herramientas de comunicación social a la práctica profesional socio-sanitaria es algo más lento que el producido a nivel de la sociedad general. Existen aún ciertas reticencias, por ejemplo, con respecto al modelo convencional de publicaciones, a pesar de haberse comprobado la gran velocidad con que se difunde la información de contenido científico en estos nuevos escenarios virtuales (11).

Comienza a ser habitual la divulgación, a través de las redes sociales, de actividades y contenidos producidos durante eventos científicos internacionales. Ello permite una amplísima participación externa por parte de otros profesionales y de personas interesadas. Por ejemplo, el hashtag del pasado Simposiumde AENTDE en Gijón, #aentde_12 , ya tenía actividad los días previos y ardió al rojo vivo durante el evento siendo retransmitidos al instante los mensajes

principales y las imágenes de los ponentes. Fueron 316 los twetts que se subieron al hashtag del evento. No está nada mal. Si analizamos que la mayor parte de ellos tuvieron lugar durante las conferencias, que ocuparon un total de 14 horas, observamos que se llegaron a escribir unos 3 twetts escritos cada minuto. A ritmo de vértigo vaya.

Los nuevos modelos donde los profesionales se unen para trabajar activamente con un interés común a través de las redes sociales se llaman Comunidades de Práctica 2.0: "Son grupos de personas que comparten una preocupación o una pasión por algo que hacer y aprender a hacerlo mejor a medida que interactúan con regularidad" (12). El objetivo central es desarrollar habilidades y construir e intercambiar conocimientos mientras dure el interés de los miembros del grupo empleando entornos virtuales y promoviendo así la identidad colectiva de pertenencia a un grupo para favorecer el desarrollo de la enfermería y el crecimiento profesional junto a la cultura de cambio necesaria (13).

Los blogs posibilitan las actividades colaborativas en línea, lo cual podría ser muy interesante para el desarrollo y mejora de los diagnósticos enfermeros desde la propia práctica clínica real. Podrían implementarse a través de las redes sistemas de validación diagnóstica que mejorasen el soporte clínico de los diagnósticos enfermeros en tiempos verdaderamente cortos.

CONCLUSIONES

Actualmente, en España, el uso de los blogs por parte de las enfermeras es cada vez más relevante. La blogosfera ha crecido y su interacción es rica. Se dan conversaciones que se prolongan a otros ámbitos o redes sociales así como a eventos presenciales. El 2.0 ha revolucionado la forma de entender las relaciones entre los actores existentes en internet, pasando de ser consumidores pasivos de contenido generado por terceros, a ser prosumidores, es decir, consumidores y productores de contenidos al mismo tiempo (14). La enfermería, a pesar de lo que pueda parecer, es más visible que nunca, aunque un aumento de su visibilidad no implica necesariamente adquirir mayor reconocimiento social. Los medios tradicionales han dado paso a un ritmo de vértigo, muchas veces fugaz, en la red y, dentro de ella, en la blogosfera sanitaria española. La enfermería está contando con presencia e impacto en el mejor escaparate posible. Hay profesionales capaces de generar nuevas corrientes de opinión que ayudan a la redefinición de nuestra realidad. Son los nuevos líderes y en muchos casos no están reconocidos suficientemente por los círculos tradicionales (15).

Tal vez resultara interesante unificar criterios mínimos de calidad para editar blogs enfermeros con fines profesionales, al menos a nivel nacional. La comunidad enfermera 2.0 podría tener mucha más potencia trabajando efectivamente como una comunidad más que como un conjunto de profesionales que lo hacen de manera independiente y en base a diferentes criterios, muchos de ellos personales (16). Este ejercicio permitiría ofrecer unos mínimos de

calidad a los consumidores de los recursos de la red. Catalogar la actividad bloguera enfermera facilitaría un exquisito análisis de la producción disponible, identificando, al mismo tiempo, áreas posiblemente no atendidas en la red por parte de las enfermeras.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Brito Brito P.R., (2010). Satisfacción del profesional con el programa de formación en metodología enfermera Cuidarte. Revista ENE de Enfermería 4(3): 8-17.
- (2) Brito Brito P.R., de Armas Felipe J.M., Crespo Gómez A., Aguirre Jaime A., (2011a). Impacto del programa de formación y asesoramiento en metodología enfermera: "Cuidarte". Revista Metas de Enfermería 14(3): 8-14.
- (3) Miller EA, Pole A. Diagnosis blog: checking up onhealth blogs in the blogosphere. Am J Public Health. 2010 ; 100(8):1514-1519.
- (4) Farr T. Using a blog to improve communication. Nurs Manage. 2011 ; 42(6):52-53.
- (5) Nardi BA, Schiano DJ, Gumbrecht M. Blogging as socialactivity, or, would you let 900 million people read your diary?Paper presented at: ACM Conference on Computer Supported Cooperative Work; November 6-10, 2004; Chicago, IL.
- (6) Maag M. The potential use of "blogs" in Nursing education. Comput Inform Nurs. 2005 ; 23(1):16-24.
- (7) Watson J. The rise of blogs in nursing practice. Clin J Oncol Nurs. 2012 ; 16(2):215-217.
- (8) Grupo de Enfermería ENE. ¿Quiénes somos? Disponible en: http://ene-enfermeria.org/?page_id=5. Acceso el 5 de marzo de 2014.
- (9) Vedral V. Informática social: conectarse o morir en el intento. En: Vedral V. Decodificando la realidad. El universo como información cuántica. España: Biblioteca Buridán; 2012:108-127.
- (10) Murcia C (coord). TicBiomed. Guía práctica para el uso de redes sociales en organizaciones sanitarias. España: Social Media Pharma; 2013. Disponible en: <http://www.guiaredessocialesysalud.es> Acceso 17 de junio, 2013.
- (11) Chatterjee P, Biswas T. Blogs and twitter in medical publications: too unreliable to quote, or a change waiting to happen? S Afr Med J. 2011 ; 101(10):712-714.
- (12) Navarro Martínez O. Comunidades de práctica 2.0 en el entorno de profesionales de la salud. Enferm Clín. 2011 ; 21(5):235-237.
- (13) Tolson D, McAloon M, Hotchkiss R, Schofield I. Progressing evidence-based practice: an effective nursing model? J Adv Nurs. 2005 ; 50:124-133.

(14) Carrión Jiménez, A. Enfermería y 2.0. Una Cuestión de Actitud. ENE Enferm. 2012 ; 5(2):5. Disponible en: <http://eneenfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/59/46> Acceso 16 de Mayo, 2013.

(15) Rodríguez Álvaro M, Brito Brito PR. #24h24p: Imagen e identidad enfermera. ENE Enferm. 2013 ; 7(1). Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/230> Acceso 16 de mayo, 2013.

(16) Rodríguez Álvaro M, Santillán García A, Brito Brito PR. #ReposiBlog y el Grupo de Enfermería ENE. Ene Enferm. 2013 ; 7(1). Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/241> Acceso 8 de julio, 2013.

PRESENTE Y FUTURO DE LOS LENGUAJES ENFERMEROS

AUTORA

Susana Martín Iglesias. Vicepresidenta de AENTDE

"If we cannot name it, we cannot control it,
practice it, research it, teach it,
finance it, or put it into public policy".
June Clark and Norma Lang, 1991

INTRODUCCIÓN

Los lenguajes enfermeros estandarizados son una realidad que trata de abrirse paso en todos los ámbitos (docente, práctica clínica, gestión e investigación), pero el camino no está habitualmente libre de obstáculos. Después de más de 40 años de desarrollo y a pesar de las barreras, seguimos avanzando gracias al empeño y el trabajo que realizan las enfermeras en todos los entornos. Como hemos ido analizando en estos dos días, los lenguajes enfermeros estandarizados deberían ser un elemento fundamental para construir la identidad enfermera y definir la práctica clínica. Su utilización aumenta la visibilidad del trabajo que realizan las enfermeras y proporciona los datos necesarios para poner de manifiesto el impacto del cuidado enfermero en los resultados del paciente. En un momento en el que cuestiones como la efectividad, la eficiencia, los resultados en salud, o la seguridad del paciente tienen una gran relevancia, las enfermeras no solo no pueden quedar al margen, sino que deben ser actoras principales en el escenario global de la salud.

Y lo que hemos tenido en este Simposium ha sido una muestra de lo que esas actoras están desarrollando en el día a día.

Vamos a partir para hablar del presente de los lenguajes enfermeros estandarizados, tomando como referencia los resúmenes de las comunicaciones recibidas para el X Simposium de AENTDE. Se han recibido 167 comunicaciones en formato oral o póster. De éstas el 43% corresponden al área docente, 32% al asistencial, 9% de la gestión, 9% proceden de estudiantes o residentes y el 7% tienen que ver con departamentos de investigación o calidad fundamentalmente de atención especializada. Dentro de la asistencia, la mayoría de las comunicaciones presentadas corresponden al ámbito hospitalario (64%), seguido de atención primaria (17%), salud mental (11%) y servicios de urgencias/emergencias (6%).

Si atendemos al tipo de trabajo presentado, la mayoría corresponden al desarrollo de planes de cuidados (25%) tanto estandarizados como para el abordaje de situaciones concretas. A continuación ha habido un número importante de estudios de investigación con diferentes metodologías y niveles de calidad, entre los que destacan los estudios descriptivos (18%) relacionados con la prevalencia de algunos diagnósticos enfermeros en diferentes situaciones y

ámbitos. Además de estos podemos destacar una serie de estudios de validación (7%) de diagnósticos o de diferentes escalas de valoración que hemos querido resaltar de manera específica. Del mismo modo tienen cada vez más presencia los estudios relacionados con intervenciones y resultados enfermeros. Las comunicaciones relacionadas con las tecnologías de la comunicación y la información (7%), tanto en lo que se refiere a sistemas de registro electrónico como a programas de apoyo al aprendizaje y la repercusión que tienen en la práctica clínica y el proceso de aprendizaje (ya sea en la formación académica de los estudiantes como en la adquisición de competencias por parte de enfermeras tituladas), siguen poniendo de manifiesto los avances que se están produciendo en este sentido.

Se continúa también trabajando en desarrollar diferentes metodologías en el ámbito docente que faciliten la enseñanza de los lenguajes y el proceso enfermero.

Por otro lado se mantienen como áreas de interés los estudios relacionados con las percepciones y la adquisición de competencias, tanto de los estudiantes como de las enfermeras clínicas. Y se siguen analizando las formas de implementación de los lenguajes enfermeros estandarizados en la práctica clínica.

Todo esto nos ofrece una instantánea de lo que está ocurriendo y sitúa a las clasificaciones NANDA-NOC-NIC (NNN) en el centro de este desarrollo. Y lo que aquí hemos visto, como vamos a revisar, se asemeja bastante a lo que sucede en otros lugares.

LOS LENGUAJES ENFERMEROS ESTANDARIZADOS HOY

Diversos estudios sobre los diferentes lenguajes enfermeros muestran que NANDA-NIC-NOC son en este momento la mejor opción. La propia NANDA-I lo plasma en la última edición del libro Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2012-2014, en el capítulo dedicado a las clasificaciones enfermeras (Herdman, 2012). No solo se trata de que los lenguajes NNN tengan una mayor difusión a nivel mundial y que cumplan mejor los criterios que se deberían pedir a una clasificación, sino que el número de estudios e investigaciones de validación sobre ellos supera de manera importante lo que podemos encontrar con respecto a cualquier otra. Anderson et al. (2009) en un análisis bibliométrico sobre las clasificaciones enfermeras reconocidas por la American Nurses Association (ANA) concluyen que los lenguajes NNN muestran los patrones más notables de sostenibilidad y que estos se pueden utilizar a la hora de elegir una terminología tanto para el ámbito clínico como el docente. Se pone de manifiesto que existe una red de autores con cierto grado de cohesión en las publicaciones que hace que además la información se transmita de manera ágil en esa red, lo que permite incorporar rápidamente los nuevos conocimientos que se generan. Esto es fundamental para garantizar que la terminología tenga un significado compartido a lo largo del tiempo que facilitará su mejora continua.

Aunque esto es así, sabemos que tenemos aún un importante trabajo que desarrollar para perfeccionar estas clasificaciones. No son clasificaciones perfectas, pero son lo mejor que tenemos en este momento.

Ámbito docente

En España el proceso de Bolonia ha sentado nuevas bases para la formación de las enfermeras. Por un lado ha planteado un cambio en el proceso de enseñanza aprendizaje que supone un papel activo del estudiante para adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para el desempeño profesional y que deberán ser en adelante una constante durante toda la vida profesional. Se han revisado los contenidos formativos en relación a la Ciencia Enfermera estableciendo la necesidad de una competencias específicas respecto a los lenguajes enfermeros estandarizados y el proceso enfermero. Y además se ha definido más claramente el perfil profesional. A pesar de este propósito de homogenización, la formación en relación al proceso enfermero y los lenguajes estandarizados presenta todavía diferencias significativas entre universidades. Esto es importante si tenemos en cuenta el nuevo rol del profesor, más orientado en este momento a estimular, motivar, asesorar y tutorizar que a la mera transmisión de conocimientos y la repercusión que esto puede tener en la utilización de los lenguajes enfermeros estandarizados por parte de las futuras enfermeras.

La formación práctico-clínica de los estudiantes es otro aspecto crítico. No existe un perfil claramente definido de las funciones y competencias del tutor ni una evaluación rigurosa de esta figura que es clave en la formación de las enfermeras. En ocasiones las diferencias encontradas por los estudiantes entre la teoría que aprenden en el aula y la práctica en el ámbito clínico muestran claramente la fractura existente entre ambos entornos y las carencias relacionadas con el conocimiento y las actitudes respecto a los lenguajes y el proceso enfermero por parte de algunas enfermeras tutoras se ponen de manifiesto (Parrilla et al., 2009; Leadebal et al., 2010). Es muy probable que esto influya finalmente en la actitud que en el futuro tendrá el estudiante, a pesar de que sí había adquirido el conocimiento y las habilidades para implementarlo en su práctica clínica.

Las diferencias curriculares entre las universidades y la separación entre la teoría y la práctica en ciertas áreas han sido identificadas por parte de los profesores universitarios de Ciencias de la Salud en España como dos de los principales problemas para la consolidación del Espacio Europeo de Educación Superior (Ariza et al., 2013). Si se identifican como un problema a nivel nacional, la cuestión ganaría peso si analizáramos el ámbito internacional.

Práctica clínica

En la práctica clínica el desarrollo de los sistemas de registros electrónico ha supuesto una implantación importante de los lenguajes enfermeros estandarizados, aunque la situación no es homogénea tampoco ni en España ni en el mundo. Para el uso de de los sistemas electrónicos

es necesario la utilización de lenguajes estandarizados que permitan el registro, recuperación y explotación de la información. Sin embargo, esto no implica necesariamente que la reflexión y el pensamiento crítico sean los que guíen las decisiones que toman las enfermeras a la hora de utilizarlos. Diferentes estudios que han analizado esta cuestión concluyen que aunque se usan los sistemas electrónicos y los lenguajes enfermeros estandarizados, existen inconsistencias al utilizar las clasificaciones y el proceso enfermero, y queda patente que las enfermeras siguen necesitando formación adicional tanto en el registro adecuado de la información como en el seguimiento del proceso enfermero. No hay duda de que el registro de la información mejora la calidad de la atención que se presta al paciente, pero si este es inadecuado o incompleto dificulta no solo el seguimiento del paciente tanto por parte de la propia enfermera como por parte del equipo multidisciplinar, sino que también dificulta la toma de decisiones, la investigación y el desarrollo de políticas sanitarias que podrían derivarse del análisis de los datos. (Häyrynen et al, 2008, 2010). Como ya indicaban Müller-Staub et al. (2006) hay que seguir teniendo presente que mejorar el registro no implica mejorar la precisión diagnóstica y los resultados de los pacientes.

Gestión sanitaria

Desde el punto de vista de la gestión, en España se ha hecho un esfuerzo importante por implantar estos registros electrónicos, intentando normalizar y obtener datos útiles para la gestión sanitaria que pongan además de manifiesto la contribución enfermera. Es posible que no haya un planteamiento unánime tampoco en el ámbito de la gestión en relación a la importancia de los lenguajes enfermeros estandarizados, entendidos, al menos desde mi punto de vista, siempre como una herramienta y no un fin en sí mismos. En cualquier caso, la necesidad de mostrar los resultados de los cuidados es una realidad que acabará imponiéndose y por ende la necesidad de utilizar estos lenguajes.

Por tanto, partimos también aquí de situaciones variopintas, y aunque se está trabajando intensamente, por lo que hemos visto hasta este momento no es suficiente. La comunicación es un aspecto fundamental en todos los escenarios de la vida y en la gestión es en muchas ocasiones lo que hace que los proyectos avancen o fracasen. A pesar del esfuerzo y la inversión realizada el resultado sigue siendo en demasiadas ocasiones la heterogeneidad en la práctica clínica o una falsa homogeneidad en relación al uso de los lenguajes estandarizados y el proceso enfermero. Y ello puede estar probablemente relacionado con el hecho de que no se logran cambiarlas actitudes de algunas enfermeras y se llega en ocasiones a un cambio de conducta que tiene más que ver con el “dime cómo me mides y te diré cómo me comporto”. La utilización de planes de cuidados estandarizados planteados y alentados de manera estratégica, que puede ser beneficiosa si se usan de manera adecuada, conduce con frecuencia a un registro mecánico y poco reflexivo de los cuidados. Con todo, lo que no se consigue es cambiar

la percepción negativa que tienen algunas enfermeras del proceso y los lenguajes enfermeros (Halverson, 2011) y por lo tanto el cambio requerido no se produce o no se consolida con el paso del tiempo, lo que puede tener repercusiones en la calidad tanto de los registros como de la atención que se presta.

Investigación

En cualquier caso, lo sigue adelante y cada vez con más fuerza es la investigación relacionada con los lenguajes enfermeros estandarizados. En una reciente revisión sistemática (Tastan et al., 2014) sobre las terminologías enfermeras estandarizadas reconocidas por la ANA, desde el año 2000 se está produciendo un incremento significativo de las publicaciones sobre estas. Aunque esta revisión se centra en las publicaciones en realizadas en lengua inglesa, nos da una visión general de lo que está pasando. La mayor parte de los estudios encontrados son descriptivos (72%), alrededor del 20% observacionales y cerca del 9% son estudios de intervención. Las investigaciones realizadas tienen que ver con el análisis de concepto, la validez y la fiabilidad de las terminologías, la percepción de las enfermeras sobre ellas y los registros y la implementación de las mismas. Por otro lado, existen revisiones de la literatura que sintetizan los estudios no experimentales, pero hay una carencia importante de estudios experimentales.

Una cuestión esencial es la falta de estudios de investigación que apoyen la influencia del uso de las terminologías enfermeras estandarizadas en los resultados de los pacientes. Conscientes de la relevancia de esta cuestión, en España se están dando pasos en este sentido y como ejemplo hemos podido compartir los resultados del estudio de Juan Cárdenas (2012). Un problema para poder hacer este tipo de estudios es la dificultad que existe para comparar los datos obtenidos en diferentes entornos y con distintas terminologías.

Además, aunque aún no hay muchos estudios de calidad, se está poniendo de manifiesto la utilidad de los lenguajes enfermeros para determinar las necesidades de recursos humanos en enfermería o para la clasificación de pacientes en función de la complejidad de los cuidados que requieren (Morillas et al. 2009), algo que podría tener repercusiones importantes en la gestión de los servicios sanitarios y en la práctica clínica.

A MODO DE CONCLUSIÓN: EL FUTURO DE LOS LENGUAJES ENFERMEROS ESTANDARIZADOS

El avance continuo de las tecnologías de la información y la comunicación y la progresión de los registros de salud electrónicos seguirá siendo una constante en los próximos años. Desde este punto de vista resulta casi imposible en un sistema electrónico documentar la información del cuidado si no se dispone de un lenguaje estandarizado. En un mundo donde los recursos son limitados y donde la efectividad, la eficiencia, los resultados, la calidad, la seguridad, etc., orientan la planificación y la gestión sanitaria, las enfermeras tienen que hacer visible su

contribución a cada uno de esos aspectos. Para que esto sea posible las enfermeras deben disponer de un lenguaje común que permita la comunicación entre profesionales y el desarrollo del rol profesional y de la ciencia enfermera y que sea reconocible y reconocido por otros profesionales sanitarios. Por este motivo todas las enfermeras debemos seguir trabajando para que esto sea una realidad cada vez más patente. Nuestros esfuerzos deberían dirigirse:

- Con carácter general y en todos los ámbitos, hay que trabajar en la mejora y refinamiento continuo de las clasificaciones de lenguajes enfermeros.
- En el ámbito docente:
 - Establecer currículos comunes en las universidades con un enfoque enfermero que ponga un similar énfasis en los lenguajes enfermeros.
 - Adecuar los recursos humanos y materiales a los requerimientos de las nuevas formas de aprendizaje.
 - Desarrollar criterios adecuados para establecer el perfil de los tutores de prácticas con una evaluación continua de las competencias.
- En la práctica clínica:
 - Abordar el aprendizaje de los lenguajes y el proceso enfermero trabajando los conocimientos, habilidades y actitudes y promoviendo el pensamiento crítico.
 - Trabajar la precisión diagnóstica y evaluar sistemáticamente el proceso enfermero.
 - Documentar apropiadamente los cuidados.
 - Involucrar al paciente en el proceso enfermero y facilitar su toma de decisiones en relación a su salud y sus cuidados.
- En la gestión:
 - Facilitar la interoperabilidad y la usabilidad de los sistemas de registro electrónico que posibiliten la comparabilidad de los datos.
 - Desarrollar adecuados procesos de implementación de los lenguajes enfermeros.
 - Fomentar entornos que propicien el pensamiento crítico.
 - Poner énfasis en los resultados de los pacientes y no en el proceso en sí mismo.
 - Trasladar al ámbito clínico y de gestión los hallazgos de los estudios de investigación.
- En la investigación:
 - Promover estudios experimentales de calidad.
 - Desarrollar estudios de costes.
 - Seguir desarrollando estudios sobre la mejora de los lenguajes estandarizados.
 - Promover los estudios multicéntricos y la investigación en red.

BIBLIOGRAFÍA

Anderson CA, Keenan G, Jones J. *Using bibliometrics to support your selection of a nursing terminology set*. Comput Inform Nurs. 2009 Mar-Apr ; 27(2):82-90; quiz 91-2. doi: 10.1097/NCN.0b013e3181972a24.

Ariza T, Quevedo-Blasco R, Ramiro MT, Bermúdez MP. *Satisfaction of Health Science teachers with the convergence process of the European Higher Education Area*. International Journal of Clinical and Health Psychology (2013) 13, 197–206

Cárdenas-Valladolid J, Salinero-Fort MA, Gómez-Campelo P, de Burgos-Lunar C, Abánades-Herranz JC, Arnal-Selfa R, Andrés AL. *Effectiveness of standardized Nursing Care Plans in health outcomes in patients with type 2 Diabetes Mellitus: a two-year prospective follow-up study*. PLoS One. 2012 ; 7(8):e43870. doi: 10.1371/journal.pone.0043870. Epub 2012 Aug 27.

Halverson EL, Beetcher EL, Scherb CA, Olsen G, Frost M, Orth K. *Minnesota nurses' perceptions of nursing diagnoses*. Int J Nurs Terminol Classif. 2011 Jul-Sep ; 22(3):123-32. doi: 10.1111/j.1744-618X.2011.01180.x. Epub 2011 Apr 20.

Häyrynen K, Lammintakanen J, Saranto K. *Evaluation of electronic nursing documentation--nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing*. Int J Med Inform. 2010 Aug ; 79(8):554-64.

Häyrynen K, Saranto K, Nykänen P. *Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: a review of the research literature*. Int J Med Inform. 2008 May ; 77(5):291-304. Epub 2007 Oct 22.

Herdman, T.H. (2012) (Ed.). NANDA International. *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2012-2014*. Barcelona: Elsevier.

Leadebal OD, de Fontes WD, da Silva CC. *Learning process of nursing: planning and insert into matrizes curriculum*. Rev Esc Enferm USP. 2010 Mar ; 44(1):190-8.

Morales-Asencio JM, Morilla-Herrera JC, Martín-Santos FJ, Gonzalo-Jiménez E, Cuevas-Fernández-Gallego M, Bonill de Las Nieves C, Tobías-Manzano A, Rivas-Campos A. *The association between nursing diagnoses, resource utilisation and patient and caregiver outcomes in a nurse-led home care service: longitudinal study*. Int J Nurs Stud. 2009 Feb ; 46(2):189-96. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.09.011. Epub 2008 Nov 5.

Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I, van Achterberg FT. *Nursing diagnoses, interventions and outcomes –application and impact on nursing practice: systematic review*. J Adv Nurs. 2006 Dec ; 56(5):514-31.

Parrilla Saldaña J, Guerra Martín MD. *Percepción de los alumnos de enfermería sobre la función tutorial en las prácticas*. Enfermería Global [Revista en Internet] 2009. [consultado 1 de Marzo de 2014]; 15: 1-13. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/49691/47581>

Tastan S, Linch GC, Keenan GM, Stifter J, McKinney D, Fahey L, Lopez KD, Yao Y, Wilkie DJ. *Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies: A systematic review*. Int. J. Nurs. Stud. (2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.004>

Comunicaciones

NURSING ELECTRONIC RECORDS: USING THE CLASSIFICATIONS NANDA-I, NIC AND NOC

AUTHOR/S

Dorothea Maria Beckers Marques de Almeida, Cassiana Mendes Bertoncello Fontes

INTRODUCTION

The Nursing care planning at the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies, University of São Paulo (HRAC / USP), specialized in the rehabilitation of patients with craniofacial anomalies, includes all phases of the nursing process (NP), where the record is handwritten: assessment, nursing diagnosis (ND), nursing interventions (NI) and evaluation of nursing care. The NP is based in the frameworks of Dorothy Orem¹ and Wanda de Aguiar Horta². The philosophy of the Nursing Service is concerned about the individualization and humanization of patient care.

Based on the use of NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association)³ Nursing Diagnosis Classification taxonomy, studies were implemented for the insertion of ND phase. They took place in the Inpatient Section in 2002, with the identification of the ND profile in the pre- and post-operative phases of patients who have undergone cleft lip and palate⁴ surgery. In 2004, a retrospective analysis employing cross-mapping between nursing documentation and NANDA-I³ taxonomy showed the Semi-Intensive Care Unit ND profile⁵.

The Semi-Intensive Care Unit is designated for inpatient treatment with cleft lip and palate, whether associated or not to craniofacial anomalies such as Pierre Robin Sequence, Treacher Collins, Stickler and Möbius Syndromes. The needs for nursing care include problems related to dysphagia, obstruction of the upper airways, gastroesophageal reflux, and neurological alterations.

The recording of the NP has been handwritten at HRAC-USP, however, the advance of technology allied to the use of the NANDA-I⁶, NIC (Nursing Interventions Classification)⁷ and NOC (Nursing Outcomes Classification)⁸ classifications, enables inputting clinical nursing data into the computer system. Thus, ensuring reliability, validity and usability of nursing documentation⁹, as well as providing to the nurse more legibility and safety¹⁰⁻¹¹.

In the HRAC-USP, the Hospital Information Service (HIS) uses a databank management system in the PROGRESS – 4GL[®] programming language for managing hospital information. This software was developed and is maintained by the HIS, and contains organized information, easily retrieved with security and credibility. Data are related to the administrative work processes for the patient.

In addition, the employment of this computerized system for the electronic records of the nursing care planning may contribute for the insertion of clinical nursing data into the system and optimize the time of the nurse for direct patient care.

LITERATURE REVIEW

Nurses are concerned to establish uniformity in the language used, so as to make a single nursing classification, which include terms for designating phenomena of interest, implemented actions and the outcomes measured¹².

Nurses currently face challenges in their work processes such as incorporating and employing Information Technology (IT), therefore, support models are recommended¹³.

The aim of the classifications is to standardize a common language for describing nursing care¹⁴ and contribute for the nurses decision-making, providing greater support for deciding what they should do, enabling the development of computerized systems for clinical information and patient medical records¹⁵⁻¹⁶. The use of standardized nursing terminology improved the content of nursing records concerning care planning¹⁷.

A computerized system with nursing classifications provides essential information of the documentation and the nursing care, which can evaluate components relating to the quality and cost of clinical practice¹⁸.

The association of NANDA-I⁶, NIC⁷ and NOC⁸ support nurses, both clinicians and students, in selecting the most appropriate results of the interventions for their patients, relating them to the nursing diagnoses¹⁵.

The informatization of records provides benefits, such as reduction and evaluation of cost/benefit, improvement in productivity and quality of the care realized, optimization of time spent for handwritten notes, rendering them legible and favouring statistical analyses of nursing researches^{10, 11-12, 19-20}.

The objective of this study was to insert a database with Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes, according to NANDA-I, NIC and NOC, into "Gandhi" Hospital Information System, and to measure the time spent in recording electronically the patient data.

METHOD

This descriptive and quantitative study was developed at the Semi-Intensive Care Unit of HRAC-USP, with eight beds for infants up to eighteen months of age, with the participation of the mother/caregiver during the hospitalization period. This study was approved by the Committee for Ethics in Research, document nº 248/2010.

Excel spreadsheets were elaborated and inserted into the "Gandhi" System containing the lists of 13 ND, their respective NI and nursing outcomes (NO). The NP on-screen registration forms were developed and named as: *NP – Interventions; NP – Activities; NP –Outcomes; NP - Indicators; NP - Diagnoses x Interventions; NP - Activities x Indicators*. These screens allow the insertion and exclusion of data.

The sample comprised thirteen patients; eleven were evaluated for 10 consecutive days, and two, for nine consecutive days, who had been discharged.

For data collection, the nurse made daily physical examinations on each patient/caregiver dyad, and analysed the nursing notes from medical records. After the clinical appraisal concerning care needs, the nurse inserted data into the computer, selected the "Gandhi" icon on the initial screen using a password, and logged into the Hospital Information Management.

Afterwards, the nurse accessed the 'inpatient treatment' icon, bringing up the sub-menu, and chose NP, which presented 8 options. Under the option "*Care Prescribed for Patient*", the professional selected the ND along with the respective NI and Activities, Indicators and NO according to the clinical appraisal. In this way, the electronic recording was timed and shown on the screen.

The data were analyzed through descriptive statistics and the results were presented in absolute and relative numbers.

RESULTS

The following results describe the 13 diagnostic categories and the 11 ND identified during data collection and mean/standard deviation values and median, of ND, NI and NO.

In Table 1, it was observed that two ND –*Ineffective Role Performance* and *Self-care Deficit* were not indicated as care needs according to the nurse evaluation of the patient/caregiver dyad.

Table 1 – Diagnostic Categories inserted into "Gandhi" System, and ND identified during data collection. Bauru, 2010.

Diagnostic categories/"Gandhi" System 13	ND identified/data collection 11
Risk for infection	Risk for infection
Risk for aspiration	Risk for aspiration
Impaired oral mucous membrane	Impaired oral mucous membrane
Impaired skin integrity	Impaired skin integrity
Impaired swallowing	Impaired swallowing
Impaired tissue integrity	Impaired tissue integrity
Ineffective breathing pattern	Ineffective breathing pattern

Ineffective airway clearance
 Ineffective infant feeding pattern
 Inefficient coping
 Compromised family coping
 Inefficient role performance
 Self-care deficit

Ineffective airway clearance
 Ineffective infant feeding pattern
 Inefficient coping
 Compromised family coping

The frequency of ND, NI and their respective activities, NO and their indicators were identified for each patient, grouped and submitted to mean/standard deviation values and median, as shown in Table 2.

Table 2 – Mean (SD) and median values of nursing diagnoses, interventions, activities, outcomes and indicators of the thirteen patients. Bauru, 2010.

Categories	Mean (SD)	Median
Diagnoses	6.1(0.3)	6
Interventions	15.5 (1.4)	14
Activities	59.4 (6.0)	53
Outcomes	64.6 (7.2)	59
Indicators	92.2 (11.0)	82

The following results were obtained: mean of 6.1(0.3) ND and a median of 6; mean of 15.5(1.4) NI and median of 14; mean of 59.4(6.0) and median of 53 nursing activities; mean of 64.6(7.2) and median of 59 NO and mean of 92.2(11.0) and median of 82 nursing indicators.

The two variables, time and days of evaluation, were analyzed by The Friedman non-parametric test with a general median of 704 seconds, corresponding to 11 minutes 44 seconds, as shown in Table 3.

Table 3– Median values for time and days of evaluation.Bauru, 2010.

Day	Median	Variation (seconds/minutes)	
		Min.	Max.
1	781	423/7: 05	1104/18: 40
2	696	579/9: 65	919/15: 31
3	703	521/8: 68	905/15: 08
4	680	452/7: 53	905/15: 08
5	663	424/7: 06	937/15: 61
6	792	584/9: 73	980/16: 33
7	704	575/9: 58	906/15: 10
8	705	505/8: 41	859/14: 31
9	712	471/7: 85	978/16: 30
10	713	460/7: 66	884/14: 73

During the recording process on the system, the values obtained from time evaluation, in seconds, were submitted to Spearman's correlation with the variables: ND, NI, activities, NO and results indicators. Table 4 shows the results correlation coefficients of the variables.

Table 4– Correlation between time evaluation and the variables for ND, NI, activities, NO and results indicators. Bauru, 2010.

Variables	<i>Rho*values</i>	<i>P Values</i>
	N= 13	<i>P</i>
Diagnosis	0.53	<0.0001
Interventions	0.65	<0.0001
Activities	0.46	<0.0001
Results	0.46	<0.0001
Indicators	0.40	<0.0001

The values of r demonstrated, can be interpreted according to intervals from 0 to 1: from 0.0 – 0.20 the correlation is nil; 0.21 – 0.40 the correlation is mild; from 0.41 – 0.70 the correlation is substantial; from 0.71 – 0.90 the correlation is strong and from 0.91 – 1.0 the correlation is extremely strong²¹. The variables ND, NI, activities and NO presented substantial correlation.

DISCUSSION

According to the evaluation of the nurse, two ND –*Ineffective role performance* and *Self-care deficit* - were not selected during the elaboration of the electronic NP. During the period of inpatient care, children hospitalized in the semi-intensive care unit are accompanied by the mothers/caregivers, who are trained by the nursing team to perform the role a self-care agent. For instance, the simple procedure of nasopharyngeal intubation, frequently used for infant care with Robin Sequence, who present airway obstruction, is taught to the parents for continuous care at home, after hospital discharge²².

The active and constructive participation of the parents, along with the identification of their needs in training as self-care agents, is a relevant role of the nurse and responsibility of the multi-professional team, and must be considered as provision of holistic care²³⁻²⁴.

Concerning the mean values for ND, NI, activities, NO and indicators, it can be demonstrated how comprising the labour of the nursing team performed in the HRAC-USP Semi-intensive Care Unit is.

Standardized terminologies such as those of NANDA-I, NIC and NOC allow the nurse to determine the care needs of the patients, and provide quantifiable information for efficient evaluations⁶.

Computerized nursing plans presented greater impact, when compared to handwriting, had a wider variety of nursing diagnoses and possibilities of documenting signs, symptoms, related factors and nursing interventions¹⁷.

In a clinical case study using NANDA-I, NIC and NOC Classifications, seven ND were identified, totalling 12 NO, 17 NI, and 36 nursing activities, which evidenced an efficient care plan enabling targeting and transparency for the team performance²⁵.

The present study provided the identification of nursing care needs, a profile of NI, activities and NO for the ND of the patients in the Semi-intensive Care Unit. The use of NANDA, NIC and NOC classifications allowed data entering into the computerized system besides clicking options which the human memory is unable of retaining. This is advantageous compared to handwritten records²⁶.

Friedman nonparametric test was used to make comparisons between the days of evaluation and the patient group, as it allowed the analysis of the same group submitted to several evaluations in different days. Thus, value "p" was 0.075, without statistically-significant difference. The median ranged from 663 seconds (11 minutes and 5 seconds) to 792 seconds (13 minutes and 12 seconds).

Different time measurement to elaborate the electronic NP, showed variations of the clinical conditions and individualized care needs of the patients. The choice of the outcomes and interventions for each diagnosis, however, depends on the clinical appraisal skills of the nurse who must evaluate the specific characteristics of each situation, so as to define the possible and desirable outcomes, and afterwards undertake the interventions.

In the comparative analysis of time variable (in seconds) with the variables ND, NI, activity, NO and results indicators, the highest value of the Spearman correlation coefficient was for variable NI, and the lowest, for the indicators, although they presented a substantial correlation. The importance of links between the classifications constituted an efficient theoretical structure for the organization of data used for care plans elaboration.

Studies demonstrate that electronic NP, in conjunction with the implementation of standardized language, can improve the time spent by the nurse to record clinical documentation^{9, 27-28}. Using electronic devices constitutes a strategy for enhancing experience and values to the professional practice of the nurse²⁹.

The establishment of priority interventions assist nurses to develop specific care plans with better results, resources maximization and expenses reduction on unnecessary interventions³⁰.

Time constitutes one of the fundamental resources for work management as well as to understand the workprocess production.

CONCLUSION

As a framework for database construction NANDA-I, NIC and NOC, provided organization, legibility and usability for electronic nursing records in the hospital information system.

The relationship between the time spent to elaborate the NP and the variables ND, NI, Activities, NO and indicators, characterizes the need for the individualized care. The implementation of the computerized information system can contribute for optimizing the time spent for direct patient care.

REFERENCES

- Orem DE, Taylor SE, Renpenning KM. *Nursing concepts of practice*. Saint Louis: Mosby; 1995
- Horta WA. *Processo de enfermagem*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 1979.
3. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2001-2002. Porto Alegre: *Artmed*; 2002.
4. Fontes CMB. *Fissuras lábio-palatais: diagnósticos de enfermagem no pré e pós-operatório* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2001.
5. Bertoni AMC, Mondini CCSD, Fontes CMB. Análise retrospectiva e mapeamento cruzado de diagnósticos e intervenções de enfermagem à pacientes portadores de Sequência de Robin. In: 3º Encontro Internacional e 2º Encontro Nacional de Disfagia Pediátrica; 2004 Out. 24; Bauru. Anais. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2004. p. 24.
6. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: *Artmed*; 2010.
7. Dotcherman JM, Bulechek GM, Garcez RM, Ambrosini L. Classificação das Intervenções de enfermagem (NIC). Porto Alegre: *Artmed*; 2008.
8. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, Rouch MA, Garcez R, et al. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 4ª ed. Rio de Janeiro: *Elsevier*; 2010.
9. Peres HHC, Cruz DALM, Lima AFC, Gaidzinski RR, Ortiz DCF, Trindade MM, et al. Desenvolvimento de Sistema Eletrônico de Documentação Clínica de Enfermagem estruturado em diagnósticos, resultados e intervenções. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(NEsp 2): 1149-55.
10. Almeida DMBM de, Fontes CMB. Elaboração de telas eletrônicas em um sistema de informação hospitalar utilizando as classificações de enfermagem. *Rev Eletrônica Enferm*. 2013; 15(4): 956-64. Available at: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.20625>. Acessado em 13 de Janeiro de 2014.

11. Lunney M. The need for international nursing diagnosis research and a theoretical framework. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2008; 19(1): 28-34.
12. Chianca TCM, Souza CC, Werli A, Hamze FL, Ercole FF. Uso das intervenções de enfermagem na prática clínica no Brasil. *Rev Eletrônica Enferm*. 2009; 11(3): 477-83.
doi: 10.1097/NXN.0b013e318266caab.
13. Courtney-Pratt H, Cummings E, Turner P, Cameron-Tucker H, Madeira-Baker R, Walters EH, et al. Entering a world of uncertainty: community nurses' engagement with information and communication technology. *Comput Inform Nurs*. 2012; 30(11): 612-19.
14. Cruz DALM. Processo de enfermagem e classificações. In: Gaidzinski RR, Soares AVN, Lima AFC, Gutierrez BAO, Cruz DALM, Rogenski NMB, et al. *Diagnóstico de enfermagem na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed; 2008: 25-37.
15. Johnson M, Butcher H, Swanson E, Bulechek G. *Ligações entre NANDA, NOC, NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
16. Pereira JC, Stuchi RAG, Arreguy-Sena C. Proposta de sistematização da assistência de enfermagem pelas taxonomias NANDA/NIC/NOC para o diagnóstico de conhecimento deficiente. *Cogitare Enferm*. 2010; 15(1): 74-81.
17. Thoroddsen A, Ehnfors M, Ehrenberg A. Content and completeness of care plans after implementation of standardized nursing terminologies and computerized records. *Comput Inform Nurs*. 2011; 29(10): 599-607. doi: 10.1097/NCN.0b013e3182148c3.
18. Lunney M. Helping nurses use NANDA, NOC and NIC: novice to expert. *Nurse Educ*. 2006; 31(1): 40-6.
19. Évora YDM, Dalri MCB. O uso do computador como ferramenta para a implantação do processo de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2002; 55(6): 709-13.
20. Anjos KF, Santos VC, Almeida OS, Simão AAG. Implementação informatizada da Sistematização da assistência de enfermagem: uma proposta na evolução do cuidar. *ConScientiae Saúde*. 2010; 9(1): 147-54. Available at <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/929/92915037020.pdf>. Acessado em 7 de Janeiro de 2013.
21. Rodrigues WC. *Estatística aplicada*. 6ª ed. http://www.ebras.bio.br/autor/aulas/estat_ambiental_2008.pdf. Publicado em 2008. Acessado em 18 de Maio de 2012.
22. Mondini CCSD, Marques IL, Fontes CMB, Thomé S. Nasopharyngeal Intubation in Robin Sequence: Technique and Management. *Cleft Palate Craniofac J*. 2009; 46(3): 258-261. doi: 10.1597/08-042.1. Epub 2008 Oct 29.

23. Knapke SC, Bender P, Prows C, Schultz JR, Saal HM. Parental Perspectives of Children Born With Cleft Lip and/or Palate: A Qualitative Assessment of Suggestions for Healthcare Improvements and Interventions. *Cleft Palate Craniofac J.* 2010; 47(2): 143-150.doi: 10.1597/08-259.
24. Chuacharoen R, Ritthagol W, Hunsrisakhun J, Nilmanat K. Felt Needs of Parents Who Have a 0- to 3-Month-Old Child With a Cleft Lip and Palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2009; 46(3): 252-7.doi: 10.1597/07-099.1. Epub 2008 Nov 6.
25. Pereira SK, Carvalho MR, Santana RF. A importância do vínculo com o cliente cirúrgico para a realização dos diagnósticos de enfermagem psicossociais: estudo de caso. *Rev Enferm UFPE.* 2009; 3(2): 324-30. doi: 10.5205/reuol.202-1995-3-CE.0302200917.
26. Fontes CMB. *Perfis de diagnósticos de enfermagem antes e após a implementação da classificação da NANDA-I* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2006.
27. Gaidzinski RR, Cruz DALM, Pimenta CAM, Soares AVN, Lima AFC, Sancinetti TR, et al. Impacto da classificação de diagnóstico de enfermagem na prática clínica do enfermeiro. In: Gaidzinski RR, Soares AVN, Lima AFC, Gutierrez BAO, Cruz DALM, Rogenski NMB, et al, Diagnóstico de enfermagem na prática clínica, ed. *Artmed*. Porto Alegre; 2008; 355-68.
28. Rezende PO, Gaidzinski RR. Tempo despendido no sistema de assistência de enfermagem após implementação de sistema padronizado de linguagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2008; 42(1): 152-9.
29. Goyatá SLT, Chaves EdeCL, Andrade MBTde, Pereira RJdaS, Brito TRPde. Ensino do processo de enfermagem para alunos de graduação com o apoio do computador tecnologia. *Acta Paulista Enferm.* 2012; 25(2): Available at <http://www.unifesp.br/acta/artigo.php?volume=25&ano=2012&numero=2&item=14>. Acessado em 13 de Janeiro de 2013.
30. Monteiro FPM, Silva VM, Lopes MVO, Araújo TL. Desobstrução ineficaz das vias aéreas: mapeamento das atividades de enfermagem para crianças com infecção respiratória. *Rev Eletrônica Enferm.* 2008; 10(3): 563-72.

USO E INTEGRACIÓN DEL LENGUAJE ENFERMERO EN LA ASIGNATURA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA MUJER

AUTOR/ES

Montserrat Lamoglia Puig

PALABRAS CLAVE

Lenguaje enfermero, taxonomías NANDA-NIC-NOC, estrategias docentes, Atención de Enfermería a la Mujer

INTRODUCCIÓN

El diseño de la asignatura de Atención de Enfermería a la Mujer del tercer curso del Grado en Enfermería de la FCS Blanquerna de Barcelona, se ha planteado para que el estudiante adquiriera unos conocimientos teóricos utilizando el lenguaje enfermero, desarrollando además las habilidades en la resolución de casos prácticos donde el estudiante potencie su capacidad en la toma de decisiones clínicas a partir de la interrelación entre las taxonomías enfermeras.

OBJETIVOS

Aproximar a los estudiantes de 3r curso del Grado en enfermería, el conocimiento de la atención a la mujer gestante a través de las taxonomías NANDA-NIC-NOC (NNN).

Fomentar y promover entre los estudiantes de la asignatura de Atención de enfermería a la mujer, la utilización de la taxonomía NANDA-NIC-NOC (NNN).

Aplicar la taxonomía NANDA-NIC-NOC (NNN) y los conocimientos teóricos adquiridos, en la resolución de casos prácticos para potenciar la toma de decisiones en los estudiantes de 3r curso del Grado en enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

La asignatura de Atención de Enfermería a la Mujer se planifica a través de diferentes estrategias docentes: Clases teóricas utilizando lenguaje enfermero, trabajos prácticos y resolución de casos clínicos. En los trabajos prácticos, el estudiante ha revisado la taxonomía NNN en busca de las etiquetas que más se adecuaban a la situación del embarazo, elaborando un listado de los diagnósticos NANDA, las intervenciones NIC y los resultados NOC que se pueden utilizar en una mujer gestante. En los casos clínicos el estudiante interrelaciona las taxonomías enfermeras realizando un juicio clínico y una toma de decisiones.

RESULTADOS

Los estudiantes identifican 4 diagnósticos enfermeros NANDA, 5 resultados NOC y 9 intervenciones enfermera NIC específicos para la mujer embarazada.

Los diagnósticos NANDA identificados se muestran en la siguiente tabla:

00209	Riesgo de alteración de la diada materno/fetal.
00208	Disposición para mejorar el proceso de maternidad
00221	Proceso de maternidad ineficaz
00227	Riesgo de proceso de maternidad ineficaz

De estos cuatro diagnósticos, el primero es de uso exclusivo en el periodo de gestación estando relacionado con la mujer embarazada que sufre alguna patología relacionada o no con su gestación y con el abuso de sustancias tóxicas. Los otros tres diagnósticos se pueden utilizar tanto en el proceso de embarazo, como en el parto y el puerperio.

Los resultados NOC seleccionados tienen relación con la valoración de conocimientos de la mujer gestante sobre el embarazo, las conductas de salud que realiza y su estado físico así como el del feto. Se muestran en la siguiente tabla:

1810	Conocimiento: gestación
1839	Conocimiento funcionamiento sexual durante el embarazo y el postparto
1607	Conducta sanitaria prenatal
2509	Estado materno: parto
0111	Estado fetal: prenatal

Las 9 intervenciones enfermera NIC identificadas se dividieron en dos grupos, las que se relacionan con un embarazo normal y las que se realizarían en las mujeres que presentan alguna patología del embarazo y se muestran en la siguiente tabla:

NIC del embarazo normal	NIC del embarazo patológico
6960 Cuidados prenatales	6950 Cuidados por cese de embarazo
6710 Fomentar el acercamiento	6800 Cuidados del embarazo de alto riesgo
6982 Ultrasonografía: obstétrica	6860 Supresión de las contracciones de parto
6656 Vigilancia: al final del embarazo	4021 Disminución de la hemorragia: útero anteparto
	5294 Facilitar el duelo: muerte perinatal

Una vez identificadas y seleccionadas las etiquetas NANDA, NOC y NIC del embarazo, los estudiantes las interrelacionaron en la resolución de tres casos clínicos en grupos de cuatro, donde además de realizar un juicio clínico y una toma de decisiones, desarrollaron la competencia de trabajo en equipo.

CONCLUSIONES

Los estudiantes fueron capaces de resolver los tres casos clínicos planteados aplicando los conocimientos teóricos adquiridos en la asignatura y la taxonomía NNN.

Las estrategias docentes utilizadas en la asignatura de Atención de Enfermería a la Mujer del tercer curso del Grado en Enfermería de la FCS Blanquerna de Barcelona, acercan al estudiante

a la realidad asistencial, potenciando su capacidad para la resolución de problemas, la toma de decisiones y el trabajo en equipo.

La taxonomía NNN debe idearse desde el ámbito docente como un instrumento capaz de facilitar el aprendizaje del razonamiento clínico en estudiantes de enfermería a través de su integración en los programas de las asignaturas y su aplicación en casos prácticos. Para, además, permitir al estudiante la adquisición de competencias en la resolución de casos clínicos con metodología enfermera.

BIBLIOGRAFÍA

Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey J, ed. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Madrid: Elsevier, cop; 2009.

Cabero L, Cabrillo E. Tratado de Ginecología y obstetricia. 2ª edición. Madrid: Médica Panamericana; 2013.

Farren AT. An educational strategy for teaching standardized nursing languages. Int J Nurs Terminol Classif. 2010; 21(1): 3-13.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Educació maternal: preparació pel naixement. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2009

Herdman, T. Heather, ed. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014 / NANDA-International; editado por T. Heather Herdman. Madrid: Elsevier, cop; 2013.

Herdman, T. Heather, ed. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011 / NANDA-International; editado por T. Heather Herdman. Madrid: Elsevier, cop; 2009

Matorras R, Remohí J. Casos clínicos de ginecología y obstetricia. Madrid: Médica Panamericana; 2012.

Moorhead S, Johnson M, Maas ML, [et al.] ed. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Madrid: Elsevier, cop; 2009.

Rifà R, Olivé C, Lamoglia M. (cord.) Lenguaje NIC para el aprendizaje teórico-práctico en enfermería. Barcelona: Elsevier; 2012.

Rifà R, Pérez I. El llenguatge infermer, un repte per a la infermera del segle XXI. Annals de medicina. 2009; 92: 126-8.

UTILIDAD DEL LENGUAJE ENFERMERO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. PERCEPCIÓN DEL/A ESTUDIANTE DE GRADO. UPV/EHU

AUTOR/ES

M^a Encarnación Encinas Prieto, M^a Inés Aranceta Gaztelu, Nerea Liceaga Otazu, Esther Aragón Garbizu

PALABRAS CLAVE

Lenguaje enfermero, perspectiva de los/as estudiantes, registros de enfermería.

INTRODUCCIÓN

La utilización del lenguaje estandarizados enfermero (LEE), como sistema de etiquetas, que contiene tres elementos del cuidado, el Diagnóstico de Enfermería (NANDA), los resultados (NOC) e intervenciones (NIC), son cuestiones clave en la práctica enfermera y que tienen que ver con el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud (CDMS).

En la actualidad diferentes disposiciones normativas, establecen el principio de que la mejora de la calidad del sistema sanitario, en su conjunto, debe presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias públicas y privadas. En dichas disposiciones se concretan los elementos que configuran la que se denomina infraestructura de la calidad, que comprende normas de calidad y seguridad, indicadores, guías de práctica clínica y registros de buenas prácticas y de acontecimientos adversos (1)

En la actualidad en el Real Decreto 1093/2010 (2) se aprueban el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud (CDMS) y que en el apartado referido a enfermería describe los LEE, NANDA, NOC, NIC. Así estos términos deberán ser incorporados en los informes clínicos y con la utilización de la Metodología de Enfermería (Proceso de Enfermería) se deberían incluir en cada una de las etapas del Proceso (Valoración, Diagnóstico, Planificación Ejecución-Intervención y Evaluación- Altas y derivaciones enfermeras).

La incorporación de esta terminología en los informes clínicos debería favorecer de una forma más "natural", la utilización del Lenguaje estandarizado enfermero (LEE). El LEE debe incluirse en la metodología de trabajo de forma que Enfermería pueda aplicarlo para enriquecer la práctica clínica.

Desde esta premisa y como punto de partida comienza el presente estudio, con el objetivo de identificar, entre otras cuestiones la utilidad del Lenguaje estandarizado enfermero. El trabajo

se realizó en la Escuela de Enfermería de San Sebastián de la Universidad del País Vasco/ Euskal Herriko Unibertsitatea.

OBJETIVOS

- 1.- Identificar la percepción del/a estudiante en relación a la utilidad del lenguaje enfermero.
- 2.- Conocer la relación entre los conocimientos sobre el lenguaje enfermero y su desarrollo en la práctica clínica.

JUSTIFICACIÓN

Un reto al que se enfrenta Enfermería es la de adaptar los LEE, a las competencias legales de la profesión en nuestro país y a la forma de trabajar de Enfermería.

NANDA (3), dice que "hay dos condiciones que son la base del desarrollo de competencias diagnósticas, requiere competencias en los dominios intelectuales, interpersonal y técnico, y el desarrollo de tolerancia a la ambigüedad y el uso de la práctica reflexiva como fortalezas personales".

Es indudable que a medida que las enfermeras asumen un papel autónomo o independiente, delimitado por un marco de competencia concreto, se hace patente la necesidad de un Lenguaje adecuado para describir los fenómenos propios de la disciplina.

La utilización del LEE exige el registro de todas las actuaciones de Enfermería y permite pasar de una invisibilidad mantenida durante décadas de una parte importante de los cuidados y que persiste en la actualidad, a hacer visibles todas y cada una de las intervenciones que la enfermera lleva a cabo.

Los registros permiten individualizar los cuidados de enfermería y adaptarlos a cada paciente. Deben incluir los aspectos consensuados del Lenguaje Enfermero (NANDA problemas de colaboración, NOC, NIC), lo que facilitará y estimulará la normalización de dicho lenguaje.

En ocasiones, la falta de este registro es achacado a la escasez de hábito de plasmar por escrito el trabajo por la falta de costumbre o por el "desconocimiento del lenguaje adecuado" (4).

Es muy importante, además de adecuar los registros a los tiempos asistenciales y a las cargas de trabajo utilizar el LEE para registrar las actividades independientes o rol autónomo, En relación a los diagnósticos de enfermería se aplicarán los aprobados internacionalmente por NANDA, así como la terminología NOC, referida a objetivos o resultados esperados y la terminología NIC referida a intervenciones específicas de enfermería, de esta forma, además se impulsa la utilización de un sistema del lenguaje común, que facilitará la comunicación entre profesionales de enfermería.

En la actualidad, muchos hospitales/centros de salud disponen de una herramienta informática considerada como la historia clínica electrónica. Esta debe permitir incluir el Lenguaje estandarizado enfermero, para registrar adecuadamente las actividades de Enfermería.

El uso clínico del LEE es irregular en la práctica de enfermería, por lo que es preciso un conocimiento sobre qué aspectos impiden su puesta en práctica y cuáles están relacionados estrechamente con Enfermería y su trabajo diario.

La percepción de los/as estudiantes es importante para conocer si consideran o no imprescindible la utilización del LEE. Por un lado hay evidencias de que su utilización facilita el trabajo en equipo para atender las necesidades de la persona, así como llevar a cabo el seguimiento de los cuidados. Pero por otro lado hay muchas voces críticas, tanto, en la pertinencia de su aplicación, como en las dificultades que conlleva (excesiva burocracia, escasez de recursos personales, tiempo, etc.).

Es evidente que en muchas ocasiones las estudiantes de Enfermería y así lo manifiestan, desde el primer curso se ven fagocitados por una "marea" de tareas y actividades que llevan a cabo las/os enfermeras/os, asumiendo inmediatamente esa forma de trabajo, y continuándola durante los años de formación y una vez comenzada la vida profesional (5)

A través de la experiencia con las/os estudiantes, en su periplo por las diferentes instituciones en las prácticas asistenciales, entre las cuestiones que Enfermería describe como elementos que identifican en relación a la escasa utilización del LEE, están las siguientes:

La necesidad de formación del personal asistencial sobre el LEE.

Poca motivación de las enfermeras en la utilización del LEE dentro de una metodología científica como herramienta de trabajo, generalmente por falta de tiempo.

La poca adecuación de la herramienta a las peculiaridades de cada hospital o unidad de hospitalización.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal, que nos permita mostrar desde el punto de vista de los/as estudiantes, la información sobre la utilidad del LEE en la práctica clínica.

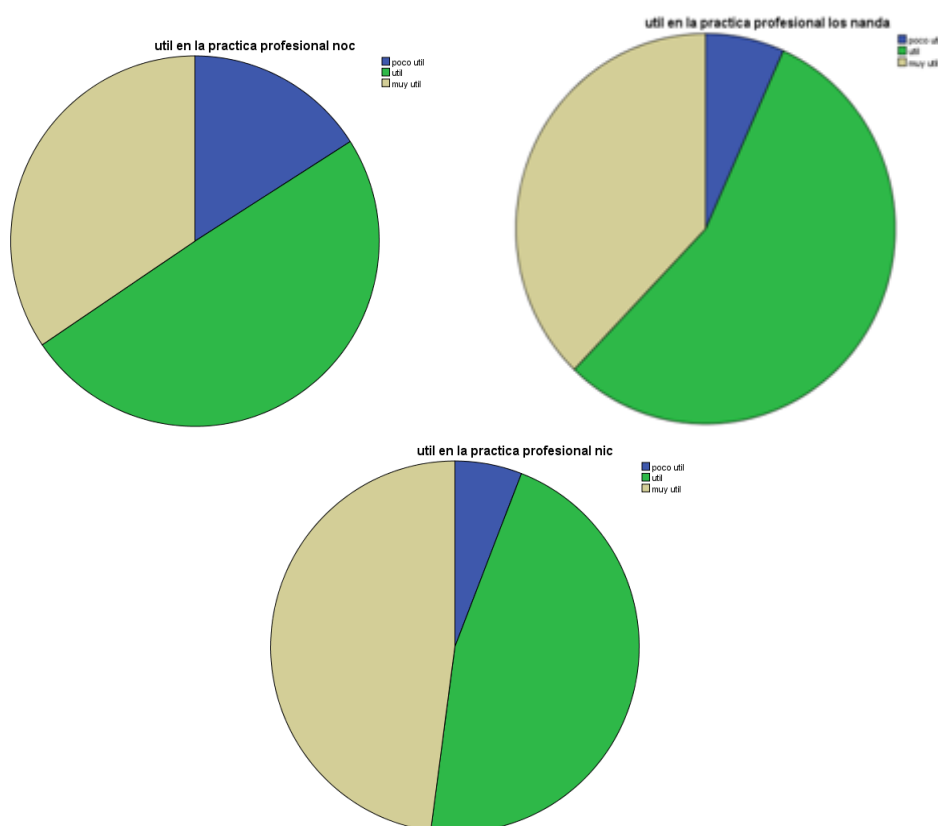
Para ello se diseña una encuesta que consta de 10 preguntas con alternativa de respuesta, a los/as estudiantes que han realizado prácticas clínicas en diferentes áreas. Se entregan las encuestas permitiendo la suficiente intimidad para que aquellos que así lo consideren, la cumplimenten, asegurando el anonimato de las mismas. Previamente se realiza una prueba piloto del instrumento para identificar carencias o dificultades de comprensión. El número de encuestas obtenidas ha sido de 119, sobre una población de 240 estudiantes.

En el presente estudio se ha utilizado la población de referencia, entendida como la población total que abarca la atención del estudio. Las variables utilizadas han sido entre otras la edad, el sexo, el curso, el conocimiento teórico del Proceso de Enfermería, la aplicación en diferentes ámbitos clínicos, la utilidad de los LEE, entre otras.

El software utilizado para el análisis de los datos obtenidos ha sido el programa SPSS.

RESULTADOS

Entre las cuestiones que se han consultado y cuyo resultado es significativo en el estudio encontramos que en relación a la pregunta sobre si el conocimiento del LEE, tiene relación con su utilidad en el momento de su aplicación en la práctica clínica, un 58% ha considerado estar de acuerdo con esta afirmación y un 25,2%, está muy de acuerdo. En los siguientes gráficos se muestran de forma general algunos de los resultados obtenidos entre ellas destacaríamos la formulada en relación a la utilidad de los LEE. Se ha formulado la pregunta de forma independiente, puesto que en algunos hospitales/centros de salud, se ha trabajado con NANDA y/o NOC y/o NIC. En el caso de la utilización de NANDA el porcentaje que ha considerado que es útil ha sido de un 55%. En el caso de NOC, el porcentaje ha sido de 49,6 %. En el caso de NIC, el 46,2% ha considerado que es útil.



Una cuestión relevante que se identificó en el estudio fue la percepción de los/as estudiantes en relación a la/s causas que pueden obstaculizar la aplicación en la práctica clínica, siendo los resultados los que figuran en la gráfica.



CONCLUSIONES

Los/as estudiantes han considerado de forma mayoritaria que el lenguaje enfermero es útil en la práctica clínica en todas las áreas en que realizan su formación.

Por otra parte han considerado que los conocimientos que tienen sobre el lenguaje enfermero es adecuado considerando que este ha sido un elemento muy importante en su aplicación práctica.

Otra cuestión que destacaríamos es la percepción de que la falta de tiempo y la rutina se han considerado como los aspectos que más pueden dificultar, siendo la complejidad de su aplicación un parámetro que no lo consideran como relevante en la implantación.

Por otra parte queremos destacar que en la mayoría de los hospitales/centros de salud públicos y privados, cuentan con una herramienta informática que facilita la utilización del Lenguaje estandarizado enfermero.

BIBLIOGRAFÍA

- (1)Ley 16/2003 28 de Mayo. Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado nº 128,(29-05-2003).
- (2)Real Decreto 1093/2010 de 3 de septiembre. Conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud (CDMS). 2010. Boletín Oficial del Estado, nº 225, (16-09-2010).

(3)N.A.N.D.A. Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2009-2011
Barcelona: Elsevier-Masson; 2010.

(4) Jiménez JC, Cerrillo D. Registros de enfermería: un espejo del trabajo asistencial. Metas de enfermería 2010; 13(6): 8-11.

(5) Encinas, E. Aplicación de la metodología de enfermería en la organización de los cuidados, desde la perspectiva de las/os enfermeras/os en la fundación onkológikoa de San Sebastián. 2012 [tesis doctoral].Madrid. Universidad Complutense de Madrid; 2012

FIABILIDAD DEL RESULTADO "CONTROL DEL DOLOR" EN LA VALORACIÓN CLÍNICA DEL DOLOR CRÓNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTOR/ES

Pedro Luis Pancorbo-Hidalgo, Inmaculada Álvarez-Rodríguez, María Josefa Cruz-Ríos, David Llaverro-Quirós, Manuela Martínez-Espejo, José Carlos Bellido-Vallejo.

PALABRAS CLAVE

Validación. Fiabilidad. Concordancia inter-observadores. Consistencia interna. Resultados NOC. Control del dolor.

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico tiene profundos efectos sobre la salud y la calidad de vida de las personas, se asocia con alteraciones en la realización de las actividades de la vida diaria, actividad física y capacidad para hacer ejercicio, con la aparición de problemas como la alteración del sueño y discapacidad, con la capacidad para mantener un estilo de vida independiente con disminución de las actividades sociales, aislamiento social e incluso la capacidad para mantener relaciones sexuales, presentando las personas que lo padecen, una mayor propensión a sufrir baja autoestima y depresión (1-3).

La Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) contiene en su 5ª edición el resultado "Control del dolor" (RCD) (Tabla 1), de utilidad a las enfermeras y otros proveedores de salud en la valoración de la situación dolorosa de los pacientes (4-5). La CRE tiene un amplio desarrollo previo, no obstante la aplicación de los resultados en poblaciones distintas a donde se han generado y validado, requiere previamente de un proceso de validación con el cual examinar, no sólo las propiedades psicométricas, sino también el propósito de medición, los participantes, las características y condiciones en las que el instrumento se utiliza (6-7). No existen pruebas de fiabilidad y validez del RCD en el contexto ibero-americano, por lo que se plantea estudiar las propiedades clinimétricas de dicho resultado en el contexto español.

La investigación que más adelante se desarrolla toma como punto de partida la versión del RCD, previamente adaptada al español y sometida a validación de contenido mediante un grupo de expertos españoles en dolor.

Este estudio es parte del proyecto de investigación "*Validación de los cuestionarios relacionados con el dolor de la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) en el contexto español*", que plantea estudiar los seis resultados relacionados con el dolor que están incluidos en la 5ª edición.

OBJETIVOS

General

Estudiar la fiabilidad de la versión adaptada al castellano del resultado de la CRE "Control del dolor", en pacientes con dolor crónico en el ámbito de la atención primaria.

Específicos

Analizar la concordancia inter-observadores del Control del dolor.

Evaluar la consistencia interna del RCD.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño. Estudio de validación con un diseño observacional longitudinal, desarrollado entre enero y diciembre de 2013.

Muestra. Para la prueba de campo se seleccionó una muestra de conveniencia de enfermeras asistenciales de atención primaria y otra no probabilística de pacientes.

Medidas. Cuestionario socio-profesional para las enfermeras y demográfico para los pacientes. Versión adaptada al castellano del RCD. Cuestionario auto-administrado para su cumplimentación por parte del paciente.

PROCEDIMIENTO

Existió un trabajo previo de adaptación cultural y mediante una validación de contenido se obtuvo una versión que fue la que se preparó para testarla en un grupo de pacientes con dolor crónico en el ámbito de la atención primaria.

Las enfermeras clínicas realizaron la selección de pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión, les explicaron la investigación y entregaron un documento de consentimiento informado. Una vez el paciente estaba incluido en el estudio, las enfermeras eligieron el mejor momento asistencial para realizar la entrevista al paciente en la que puntuaron todos los indicadores y realizaron un juicio final sobre el control del dolor. Dos enfermeras valoraron a cada paciente, pero cada una puntuó los indicadores y el resultado de forma separada y no se comunicaron entre sí. Antes de esta entrevista, cada paciente, sin intervención de las enfermeras, cumplimentó un formulario auto-administrado con varias preguntas sobre su dolor. El formulario fue entregado en sobre cerrado.

Consideraciones éticas. Permiso de la Comisión provincial de ética de la investigación de las provincias de Jaén y Granada. Consentimiento informado del paciente. Consentimiento informado de las enfermeras.

Análisis de datos. Estadísticos descriptivos para la muestra de enfermeras y pacientes, frecuencias y porcentajes para variables categóricas y medidas de dispersión central para

variables continuas. La concordancia inter-observador se estudió mediante el coeficiente Kappa de Cohen con ponderación cuadrática. La consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Intervalos de Confianza al 95% y significación estadística $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se estudian 77 casos, la mayoría mujeres (67), con una media de edad de $61,51 \pm 12,23$ años, con dolor de evolución superior a 1 año (73) y una puntuación basal media medida con la Escala Numérica de Intensidad del dolor de $5,39 \pm 1,81$ puntos.

La recogida de datos fue llevada a cabo por 18 enfermeras, la mayoría mujeres (14), de la provincia de Jaén, pertenecientes al área sanitaria Jaén Norte-Nordeste (10), con edad media de $48,00 \pm 4,53$ años y una experiencia media en atención a pacientes con dolor de $19,59 \pm 6,45$ años.

Concordancia inter-observadores. El RCD presentó una concordancia inter-observador de $Kappa = 0.51$ (IC95% 0.28 - 0.73; $p < 0.001$) para el RCD. Los 16 indicadores obtienen un rango que va desde un $Kappa = 0.47$ (IC95% 0.21 - 0.73; $p < 0.001$) para el indicador "Utiliza analgésicos según recomendación" a $Kappa = 0.87$ (IC95% 0.82 - 0.95; $p < 0.001$) para el indicador "Informa al profesional de la salud de los cambios en los síntomas del dolor".

Consistencia interna. La consistencia interna para el conjunto de indicadores fue de $\alpha = 0.82$ ($n = 69$). En la correlación de cada indicador con el total, 11 de los 16 presentaron correlación < 0.50 .

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El RCD presentó una concordancia inter-observador moderada en su puntuación global y de moderada a excelente en sus indicadores. Que la concordancia de la puntuación global del RCD haya sido moderada indica que la percepción y juicio emitido por las dos enfermeras, sobre las acciones personales que el paciente destina al control del dolor, no siempre es la misma, este dato puede estar indicando la existencia de ciertas dificultades para interpretar las explicaciones de los pacientes. Los indicadores que mejor concordancia presentaron fueron "*Utiliza un diario para el seguimiento de los síntomas a lo largo del tiempo*" e "*Informa al profesional de la salud de los cambios en los síntomas del dolor*", ambos están incluidos en la 5ª edición de la CRE, lo que sugiere que en esos indicadores en particular las enfermeras interpretaron de la misma forma el mensaje del paciente.

La consistencia interna es buena ($\alpha = 0.82$), lo que indica que los 16 indicadores incluidos para la prueba de campo se muestran homogéneos y están midiendo la misma característica, el "*Control del dolor*". Sin embargo, el análisis detallado de las correlaciones de los indicadores con el total muestra que algunos presentan bajas correlaciones, por ejemplo el indicador

"Reconoce el inicio del dolor" (0.154), lo que orienta a que aquellos indicadores de más baja correlación con el total pueden no estar midiendo lo que se desea medir o que su redacción es mejorable, por lo que deberían ser revisados, para disminuir su error aleatorio y mejorar la consistencia interna del RCD.

Esta investigación aporta pruebas de fiabilidad del RCD en su versión adaptada al español en población de pacientes con dolor crónico en el ámbito de la atención primaria.

Los datos de fiabilidad, junto con datos de validez y de sensibilidad al cambio se consideran condiciones necesarias para que la aplicación clínica del RCD pueda adecuarse a la población de nuestro entorno de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Cornally N, McCarthy G. Chronic Pain: The Help-Seeking Behavior, Attitudes, and Beliefs of Older Adults Living in theCommunity. Pain Management Nursing 2011; Available online 26 February 2011: 1-12.
- (2) Fouladbksb JM, Szczesny S, Jenuvine ES, Vallerand AH. Nondrug Therapies for Pain Management Among Rural OlderAdults. Pain Management Nursing 2010; Disponible online 28 Enero 2011: 1-12.
- (3) Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Derek Gallacher CR. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. European Journal of Pain 2006; 10: 287-333.
- (4) Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Nursing outcomes classification (NOC). 5ª ed. St. Louis, Missouri: Elsevier-Mosby; 2013.
- (5) Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
- (6) Gélinas C, Loiselle CG, LeMay S, Ranger M, Bouchard E, McCormack D. Theoretical, psychometric, and pragmatic issues in pain measurement. Pain Management Nursing 2008 September; 9(3): 120-130.
- (7) Murphy-Black T. Los cuestionarios. In: Gerrish K, Lacey A, editors. Investigación en enfermería. 5th ed. Madrid: McGraw-Hill; 2008. p. 367-382.

ANEXOS

Tabla 1. Resultado "Control del dolor" (1605). Versión incluida en la 5ª edición española de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 2013.

Definición: Acciones personales para controlar el dolor

Indicadores

160502 Reconoce el comienzo del dolor

160501	Reconoce factores causales
160510	Utiliza un diario para apuntar síntomas de dolor
160503	Utiliza medidas preventivas
160504	Utiliza medidas de alivio no analgésicas
160505	Utiliza los analgésicos de forma apropiada
160513	Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario
160507	Refiere síntomas incontrolables al profesional sanitario
160508	Utiliza los recursos disponibles
160509	Reconoce síntomas asociados del dolor
160511	Refiere dolor controlado

Escala de medición: Nunca demostrado (1), Raramente demostrado (2), A veces demostrado (3), Frecuentemente demostrado (4), Siempre demostrado (5)

Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)

VALIDEZ DEL RESULTADO “CONTROL DEL DOLOR” EN LA VALORACIÓN CLÍNICA DEL DOLOR CRÓNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTOR/ES

José Carlos Bellido-Vallejo, Adoración Alba-Rosales, Serafín Fernández-Salazar, Carmen Liébana-Expósito, María Ángeles López-Pedrajas, Pedro Luis Pancorbo-Hidalgo.

PALABRAS CLAVE

Validación de instrumentos. Validez. Validez de contenido. Validez de criterio. Validez de constructo. Resultados NOC. Control del dolor.

INTRODUCCIÓN

Según la Asociación Internacional para el estudio del dolor, dolor crónico es aquel que persiste más allá del tiempo normal de curación y/o cuando el dolor persiste durante 3-6 meses o más (1, 2), por lo tanto persiste más allá del tiempo de cicatrización de la lesión, sin una causa claramente identificable, es plurifactorial y produce un círculo vicioso de mantenimiento (permanente, recurrente y/o repetitivo) que puede llevar a la depresión (3).

La Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) contiene en su 5ª edición el resultado “Control del dolor” (RCD), de utilidad a las enfermeras y otros proveedores de salud en la valoración de la situación dolorosa de los pacientes (4-5).

La utilización de los resultados en poblaciones distintas a donde se han generado requiere de procesos de adaptación cultural y validación de sus propiedades psicométricas (6). No existen pruebas de fiabilidad y validez del RCD en el contexto ibero-americano, por lo que se plantea estudiar las propiedades clinimétricas de dicho resultado.

Este estudio es parte del proyecto de investigación “*Validación de los cuestionarios relacionados con el dolor de la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) en el contexto español*”, que plantea estudiar los seis resultados relacionados con el dolor que están incluidos en la 5ª edición.

OBJETIVOS

General

Estudiar la validez de la versión adaptada al castellano del resultado NOC “Control del dolor”, en pacientes con dolor crónico atendidos en centros de atención primaria.

Específicos

Analizar la validez de contenido del resultado de la CRE “Control del dolor”.

Estudiar la validez de criterio concurrente del resultado de la CRE "Control del dolor".

Investigar la validez de constructo del resultado de la CRE "Control del dolor".

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño. Estudio de validación con un diseño observacional longitudinal multicéntrico.

Muestra. Para la validez de contenido se creó un grupo de expertos españoles en dolor. Para la prueba de campo se seleccionó una muestra de conveniencia de enfermeras asistenciales en el ámbito de la atención primaria y otra no probabilística de pacientes.

Medidas. Encuesta on-line a través de la plataforma SurveyMonkey® para realizar la validación de contenido (VC). Cuestionario socio-profesional para las enfermeras y demográfico para los pacientes. Versión adaptada al castellano del RCD. Cuestionario auto-administrado para su cumplimentación por parte del paciente.

Procedimiento. La VC tomó como base la versión del RCD previamente adaptada al español y se llevó a cabo entre los meses de enero y febrero de 2012, los expertos respondieron, mediante técnica Delphi, a dos rondas de consenso; en la primera puntuaron la adecuación de los indicadores al concepto "Control del dolor" definido como "*Acciones personales destinadas al control del dolor*" y se posicionaron sobre el marco temporal del dolor en el que es de aplicación éste resultado; en la segunda puntuaron cinco nuevos indicadores propuestos para su inclusión en el RCD.

Como consecuencia de la VC se obtuvo una versión que fue la que se preparó para testarla en un grupo de pacientes con dolor crónico en el ámbito de la atención primaria.

Las enfermeras clínicas realizaron la selección de pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, les explicaron la investigación y entregaron un documento de consentimiento informado. Una vez el paciente estaba incluido en el estudio eligieron el mejor momento asistencial para realizar la entrevista al paciente en la que puntuaron todos los indicadores y realizaron un juicio final sobre el control del dolor. Dos enfermeras valoraron a cada paciente, pero cada una puntuó los indicadores y el resultado de forma separada y no se comunicaron entre sí. Antes de esta entrevista, cada paciente sin intervención de las enfermeras, cumplimentó un formulario auto-administrado con varias preguntas sobre su dolor. El formulario fue entregado en sobre cerrado

Consideraciones éticas. Permiso de la Comisión provincial de ética de la investigación de las provincias de Jaén y Granada. Consentimiento informado del paciente. Consentimiento informado de las enfermeras.

Análisis de datos. Estadísticos descriptivos para la muestra de enfermeras y pacientes, frecuencias y porcentajes para variables categóricas y medidas de dispersión central para

variables continuas. Índice de validez de contenido para estudiar la VC según método propuesto por Lynn (7, 8). Coeficientes de correlación de Spearman para estudiar la validez de criterio entre el RCD y la pregunta sobre la percepción de dolor del paciente. Análisis factorial exploratorio mediante componentes principales con rotación Quartimax, test de Kaiser-Meyer-Olkin y test de esfericidad de Bartlett para la adecuación del AFE. Nivel de significación estadística $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se estudian 77 casos, la mayoría mujeres, con dolor de evolución superior a 3 años (68) con diagnóstico enfermero de Dolor crónico (30).

Han participado en la prueba de campo 18 enfermeras, la mayoría mujeres (14), todas de la provincia de Jaén, pertenecientes al área de gestión sanitaria de Jaén Norte-Nordeste (10), con una experiencia profesional media de $25,89 \pm 4,71$ años y una experiencia media en atención a pacientes con dolor de $19,59 \pm 6,40$ años.

Validez de contenido. El RCD presentó un IVC acuerdo universal de 0.50 y un IVC promedio de 0.96. El IVC para la mayoría de los indicadores (6) fue de 1,00, el indicador "*Utiliza un diario para el seguimiento de los síntomas a lo largo del tiempo*" presentó el IVC más bajo (0,83). El IVC para los indicadores de nueva incorporación osciló en un rango de 0,80 a 1,00.

Validez de criterio. La puntuación global de RCD se comparó con la respuesta del paciente sobre *¿Cómo de controlado tiene su dolor?*, presentando una correlación de $r = 0,12$ $p = 0,36$ (no significativa).

Validez de constructo. Un primer análisis factorial orientó a la eliminación de 2 indicadores (*Utiliza analgésicos según recomendación*, *Informa sobre los efectos adversos de la medicación*). Un segundo análisis sin estos dos indicadores, presentó 4 componentes que explican el 74.19% de la varianza: C1= Información situación dolorosa (33,36% de la varianza); C2= medidas alivio del dolor (15,64% de la varianza); C3= descripción factores asociados (14,51% de la varianza); C4= reconocimiento del dolor (10,67 de la varianza).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El RCD presentó una excelente validez de contenido, lo que orienta a que los 16 indicadores (cinco de nueva incorporación) son relevantes para el constructo "*Control del dolor*" (9). El IVC método acuerdo universal, siendo un método muy exigente, obtiene un valor que se puede considerar elevado ya que seis de los 11 indicadores incluidos en la versión oficial han conseguido un IVC de 1,00. El IVC de los indicadores se cataloga de excelente tanto para los incluidos en la versión adaptada como para los de nueva incorporación, los expertos puntúan

como adecuados los indicadores, sin embargo la VC no deja de ser un primer paso que debe ser refutado con otras pruebas como el AFE (9).

La puntuación global del RCD, fue un juicio clínico de las enfermeras que realizaron la entrevista, basado en la percepción del control, que sobre la situación dolorosa tenía el paciente y en las puntuaciones que ellas habían otorgado a los indicadores. Ésta puntuación global obtuvo una correlación muy baja y no significativa con la respuesta dada por el paciente en el cuestionario auto-administrado sobre como de controlado tenía su dolor. Esto lleva a plantearse sí el criterio utilizado fue el adecuado, en éste sentido en la fase previa a la prueba, de campo se buscó, pero no se encontró ningún criterio validado que midiera control del dolor en los términos en los que se orienta el RCD, y que pudiera utilizarse para la validez de criterio. Por otra parte cabe preguntarse si lo que entiende la enfermera por control del dolor es lo que entiende el paciente por tener controlado su dolor, también puede que esta dimensión de la validez deba ser examinada con una muestra más amplia de pacientes.

El RCD se presenta en la CRE con un listado de 11 indicadores, sin que en ellos exista más estructura que la codificación. El AFE muestra que los 14 de los 16 indicadores testados en la versión de campo están organizados en cuatro componentes, cada uno de los cuales reúne a un conjunto de indicadores homogéneos. El componente "Información situación dolorosa" formado por cinco indicadores se orienta a una actitud proactiva del paciente para informar al profesional de las salud de los aspectos asociados con el dolor (síntomas, intensidad, frecuencia); el componente "Medidas alivio del dolor" con cinco indicadores se orienta más en la gestión que el propio paciente hace para controlar su dolor; el componente "Descripción factores asociados" con dos indicadores, queda en un terreno de la descripción que el paciente pudiera hacer sobre los factores que causan y aumentan el dolor; finalmente el componente "Reconocimiento del dolor" formado por dos indicadores se centra en la certeza que pueda experimentar el paciente en identificar el inicio y los síntomas asociados al dolor.

El AFE aporta una nueva visión del RCD, permite reconocer que existe una estructura en la que sus indicadores están organizados conceptualmente, esto puede ser de interés para el trabajo clínico de la enfermera, que ahora puede utilizar dicha organización para una mejor y más eficiente aplicación del RCD en sus pacientes.

Esta investigación aporta pruebas de validez del RCD en su versión adaptada al español en población de pacientes con dolor crónico en el ámbito de la atención primaria. La validez de contenido permitió una versión que incluía nuevas dimensiones para la valoración del RCD (nuevos indicadores), ampliando la versión oficial de 11 a 16 indicadores. El AFE muestra una estructura subyacente de cuatro componentes que organizan el RCD frente a un listado sin orden. Se requiere una muestra más amplia de pacientes u otros criterios (cuestionarios validados) con los que comparar el RCD para poder aportar pruebas sobre la validez de criterio.

Los datos de validez, deben ser complementados con datos de fiabilidad para saber cuándo de preciso y de error aleatorio muestra el RCD y también de datos de sensibilidad al cambio para conocer hasta qué punto es capaz de recoger los cambios en la situación de control del dolor de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Internacional Association for the Study of Pain.IASP. 2011; Available at: <http://www.iasppain.org//AM/Template.cfm?Section=Home>. Accessed Abril/14, 2011.
- (2) Van Wilgen CP, Keizer D. The Sensitization Model to Explain How Chronic Pain Exists Without Tissue Damage.Pain Management Nursing 2010 22 July; In Press(Available online): 1-6.
- (3) Pérez-Cajaraville J, López Álvarez S. Bases anatómicas y bioquímicas del dolor. In: López Álvarez S, García Iglesias B, editors. Manual dolor agudo postoperatorio.1ª ed. Madrid: Abboot; 2009. p. 7-24.
- (4) Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Nursing outcomes classification (NOC). 5th ed. St. Louis, Missouri: Mosby; 2013.
- (5) Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud.5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
- (6) Gélinas C, Loiselle CG, LeMay S, Ranger M, Bouchard E, McCormack D. Theoretical, psychometric, and pragmatic issues in pain measurement. Pain Management Nursing 2008 September; 9(3): 120-130.
- (7) Lynn MR. Determination and quantification of content validity. Nurs Res. 1986; 35: 382-6.
- (8) Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations.Res Nurs Health.2007; 30: 459-67.
- (9) Banningan K, Watson R. Reliability and validity in a nutshell. Journal of Clinical Nursing. 2009; 18(23): 3237-3243.

SELECCIÓN DE NOC COMO RECURSO DE VALORACIÓN Y PRECISIÓN DIAGNÓSTICA EN LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR

AUTOR/ES

Cristina Campello-Vicente, Antonio Vidal-Baños, Isabel Morales-Moreno, Maravillas Giménez-Fernández, Carmen Conesa-Fuentes y Paloma Echevarría-Pérez

INTRODUCCIÓN

Entre las diferentes escalas utilizadas para cuantificar la vivencia subjetiva de las dificultades del cuidado del propio cuidador, el instrumento habitualmente utilizado en España es el test de Zarit (Van *et al.*, 2012). Son numerosos los estudios en enfermería que utilizan en exclusiva este test para detectar si un cuidador informal presenta el diagnóstico Cansancio del Rol de Cuidador (CRC) o no, además de servir de herramienta evaluadora de la eficacia de las intervenciones de enfermería (Alonso *et al.*, 2004; Bohórquez *et al.*, 2010; Urbiergo *et al.*, 2005). Sin embargo, son varios los autores que sugieren incluir la percepción de la persona que realiza la valoración en el resultado final del juicio evaluador, pues en ocasiones es difícil establecer una relación inequívoca entre las manifestaciones del cuidador y su cansancio, ya que muchos de ellos no declaran su agotamiento por considerar el rol como una obligación moral, o porque sólo refieren dificultad cuando ya no pueden más, es decir, la cultura, las creencias y los valores también tienen mucho que decir a la hora de valorar la carga del cuidador. Vázquez *et al.* (2005) señalan la necesidad de afianzar los diagnósticos enfermeros en cuanto a este nivel de riesgo y/o sobrecarga, especialmente en cuidadoras valoradas como libres de riesgo y que sin embargo manifiestan una sobrecarga intensa. Por otro lado, la precisión diagnóstica de los diagnósticos Riesgo y CRC está rodeada de cierta ambigüedad e incertidumbre ante la larga lista de características definitorias y factores relacionados (Morilla-Herrera *et al.*, 2011; Ruymán 2012). De la Cuesta (2004) también denuncia esta debilidad de precisión debido al establecimiento de diagnósticos enfermeros con arreglo a parámetros clínicos donde la carga se entiende exclusivamente como un fenómeno cuantificable externo a las personas, se descontextualiza al cuidador y el cuidado y se omite la naturaleza interactiva de la actividad y las percepciones de cuidadores y personas dependientes.

La enfermera es la encargada del diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas. Disponer de herramientas que faciliten la valoración pormenorizada afianzando el diagnóstico enfermero, así como sistemas de medición de resultados de salud sensibles a la práctica enfermera, con el fin de seleccionar las actuaciones que más se ajusten al problema, facilita la medición de la efectividad de las intervenciones enfermeras y la satisfacción de la población (Morales-Asensio, 2004).

Los indicadores de la *Nursing Outcomes Classification (NOC)* (Moorhead, Johnson, Maas y Swanson, 2009) pueden convertirse en descriptores sensibles y específicos de las manifestaciones y los factores relacionados de muchos diagnósticos de la NANDA (Morales y Morilla, 2005). De forma que, la elección de aquellos indicadores NOC que permitan reflejar con detalle las características definitorias de la respuesta humana en cuestión permitiría precisar el diagnóstico enfermero, y la elección de los indicadores que describan los factores relacionados permitiría confirmar la etiología del diagnóstico. En definitiva, quedarían perfectamente interrelacionadas las respuestas humanas, los resultados esperados y las intervenciones establecidas.

La obtención de la Beca formativa en el ámbito de investigación en análisis de información de pacientes crónicos de la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia nos ha permitido comunicarnos con un amplio número de cuidadoras informales. Entre las actividades confiadas se encontraba la realización de entrevistas siguiendo el test de Zarit (TZ). En muchas de las entrevistas realizadas tuvimos la sensación de que las evaluaciones recogidas por el test no coincidían con las percepciones y observaciones del investigador. En las cuidadoras que obtuvieron puntuaciones bajas en el cuestionario no había sospecha de que presentarían sobrecarga de cuidado, pero esto no ocurrió con aquellas que tenían resultados próximos a 20 puntos o más, puesto que sus respuestas no coincidían con los sentimientos y vivencias del cuidado. Percibimos claramente alteraciones de varios patrones funcionales en estos pacientes, lo que nos permite sospechar que el diagnóstico enfermero CRC estaba presente y, sin embargo, no coincidía con los resultados obtenidos en el test cuantitativo. Por esta razón creemos que establecer intervenciones enfermeras en este tipo de población y realizar mediciones con el TZ no refleja ni mide de forma fiel la sobrecarga del cuidador ni la labor del profesional de enfermería.

En el marco de las observaciones anteriores, nos planteamos la siguiente pregunta: ¿El TZ es una herramienta suficiente para diagnosticar y evaluar las intervenciones enfermeras relacionadas con el diagnóstico CRC?

El objetivo de esta investigación es identificar los indicadores gold standard de resultados NOC que mejor describan las manifestaciones y factores relacionados con la sobrecarga del cuidador informal con la finalidad de proponer un nuevo recurso de valoración de la sobrecarga que ayude en la precisión diagnóstica en el CRC.

MATERIAL Y METODOS

Se utilizó un método de investigación inductivo partiendo del contexto sociocultural de las mujeres de Cieza y Abarán y de algunos de los datos obtenidos durante el trabajo de campo para el estudio cuasi-experimental de valoración de la enfermera Gestora de Casos desarrollado

por el Servicio Murciano de Salud. En una primera fase se identificaron las características críticas y factores asociados al estado de sobrecarga de las cuidadoras apoyándonos en los datos sociodemográficos, resultados del TZ, índice de Barthel del paciente y la Escala Visual Analógica del estado de salud de la cuidadora incluida en la encuesta EuroQol-5D. Con estos datos y siguiendo el modelo hermeneútico, apoyados en las entrevistas realizadas a las cuidadoras informales utilizando el TZ y guiados por el análisis de la literatura científica, en una segunda fase se realizó un posterior estudio descriptivo de revisión de la NOC (Moorhead *et al.*, 2009) con la finalidad de identificar los resultados e indicadores de resultados que mejor representen las características críticas y factores asociados con la sobrecarga del cuidador. Para una mejor organización de los datos se seleccionaron los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon (2003) habitualmente alterados en este tipo de población con la finalidad de establecer una relación entre los indicadores de resultados previamente seleccionados.

RESULTADOS

Se seleccionaron 15 etiquetas de resultados y 41 indicadores recogidos en 6 clases y 4 dominios diferentes del NOC obteniendo un total de 6 bloques temáticos que corresponden con cada uno de los patrones usualmente alterados en una cuidadora informal con sobrecarga. En la selección de los patrones funcionales y la elección de los indicadores de resultados más adecuados para la valoración de cada uno de los patrones, se optó por buscar la máxima eficiencia descriptiva con el menor número posible de indicadores. La propuesta del recurso de valoración de sobrecarga quedaría distribuida de la siguiente forma:

TABLA 1: PROPUESTA PRELIMINAR DEL RECURSO DE VALORACIÓN DE SOBRECARGA EN CUIDADORAS INFORMALES	
1. Patrón percepción de salud y manejo de salud	DOMINIO IV CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD-CLASE Q CONDUCTA DE SALUD NOC 1603 Conducta de búsqueda de salud: 160305 Realiza actividades de la vida diaria compatibles con su tolerancia; 160314 Tiene una conducta de salud autodesarrollada DOMINIO VI SALUD FAMILIAR-CLASE Z ESTADO DE SALUD DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA NOC 2506 Salud emocional del cuidador principal: 250601 Satisfacción con la vida; 250611 Relación social percibida; 250613 Cargas percibidas; 250607 Depresión NOC2507 Salud física del cuidador principal: 250703 Presión arterial; 250706 Nivel de movilidad; 250707 Resistencia a la infección; 250712 Salud general percibida
4. Patrón de actividad y ejercicio	DOMINIO IV CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD-CLASE Q CONDUCTA DE SALUD NOC 1604 Participación en actividades de ocio: 160401 Participación en actividades diferentes al trabajo habitual; 160404 Refiere relajación con las actividades de ocio
5. Patrón de reposo y sueño:	DOMINIO I SALUD FUNCIONAL-CLASE A MANTENIMIENTO DE LA ENERGÍA NOC 0003 Descanso: 000301 Tiempo de descanso; 000304 Descansado físicamente; 000308 Descansado emocionalmente NOC 0007 Nivel de fatiga: 000701 Agotamiento; 000707 Descenso de la motivación NOC 0004 Sueño: 000401 Horas de sueño; 000404 Calidad del sueño; 000406 Sueño interrumpido; 000417 Depende de ayudas para dormir

6. Patrón cognitivo y perceptual	DOMINIO VI SALUD FAMILIAR-CLASE W EJECUCIÓN DEL CUIDADOR FAMILIAR NOC 2205 Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos: 220503 Conocimiento del proceso de enfermedad; 220504 Conocimiento del plan de tratamiento; 220502 Ayuda al receptor de cuidados en las actividades de la vida diaria; 220506 Ayuda al receptor de cuidados en las actividades instrumentales de la vida diaria; 220501 Aporte de soporte emocional al receptor de los cuidados; 220515 Provisión de un entorno seguro y protegido. NOC 2206 Rendimiento del cuidador principal: cuidados indirectos: 220602 Reconocimiento de cambios en el estado de salud del receptor de los cuidados.
7. Patrón autopercepción y autoconcepto	DOMINIO III SALUD PSICOSOCIAL-CLASE M BIENESTAR PSICOLÓGICO NOC1205 Autoestima: 120508 Cumplimiento de los roles significativos personales; 120519 Sentimientos sobre su propia persona NOC1204 Equilibrio emocional: 120402 Muestra un estado de ánimo sereno; 120403 Muestra control de los impulsos; 120406 Conversa a un ritmo moderado NOC1201 Esperanza: 120101 Expresión de una orientación futura positiva; 120106 Expresión de optimismo
8. Patrón rol-relaciones	DOMINIO III SALUD PSICOSOCIAL-CLASE P INTERACCIÓN SOCIAL NOC1504 Soporte social: 150408 Evidencia voluntad para buscar ayuda en otras personas; 150403 Refiere tareas realizadas por otras personas; 150405 Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas DOMINIO VI SALUD FAMILIAR- CLASE W EJECUCIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL NOC 2203 Alteración del estilo de vida del cuidador principal: 220317 Trastorno de la dinámica familiar; 220319 Cargas económicas a causa del papel de cuidador NOC 2204 Relación entre el cuidador principal y el paciente: 220410 Respeto mutuo; 220413 Sentimiento mutuo de unión

Fuente: elaboración propia a partir de NOC (Moorhead *et al.*, 2009).

El patrón Valores y Creencias no se incluyó por encontrarse muy relacionado con el resto de patrones, puesto que los valores familistas en los que se ha socializado a la mujer cuidadora están muy presentes en muchas ocasiones en cómo maneja su salud, cómo entiende el descanso, las actividades recreativas y el soporte social, cómo adquiere los conocimientos del cuidado y cómo entiende su propia persona. El discurso de género se muestra en los diferentes patrones como un eje transversal y el profesional de enfermería debe considerarlo cuando realiza la valoración de la cuidadora informal. Se ha intentado seleccionar resultados de la NOC que recojan las desigualdades asociadas al género para adaptar el recurso de valoración al contexto cultural específico de cada cuidadora, pero no hemos encontrado ningún resultado de enfermería que recoja este aspecto.

CONCLUSIONES

El TZ es insuficiente para diagnosticar y evaluar las intervenciones enfermeras relacionadas con el diagnóstico CRC porque las características y factores que intervienen en la sobrecarga del cuidado son múltiples e interaccionan, además de tener un carácter situacional y dinámico. La NOC es una clasificación de resultados en pacientes sensible a la práctica enfermera y al

cambio, que describe los estadios y situaciones de las personas a lo largo de cualquier etapa de la vida o situación de salud y que abarca la integralidad de la persona, por lo que es más efectiva para valorar la sobrecarga del cuidador y realizar el diagnóstico enfermero.

La identificación de la dimensión física, emocional, material, relacional y sociocultural de las características y factores relacionados con la sobrecarga de la cuidadora informal ha permitido proponer un nuevo Recurso de Valoración que ayude en la precisión diagnóstica en el CRC.

En posteriores investigaciones se ha validado el recurso propuesto con 8 cuidadoras siguiendo la propuesta de Echevarría y Souza (2013) mediante interpretación de observaciones cualitativas emic/etic. Esta línea de investigación actualmente se está desarrollando y constituye la materia de una futura tesis doctoral que tiene por finalidad validar de forma definitiva el recurso propuesto en este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, A., Garrido, A., Díaz, A., Casquero, R. y Riera, M. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Aten Primaria*, 33(2), 61-8.
- Bohórquez, V.C., Castañeda B.A., Trigos, L.J., Orozco, L.C. y Camargo, F.A. (2010, mayo). *Eficacia de la intervención apoyo al cuidador principal en cuidadores de enfermos crónicos con el diagnóstico de enfermería cansancio del rol de cuidador*. Ponencia presentada en Congreso internacional AENTDE/NANDA-I. Madrid, España.
- De la Cuesta, C. (2004). Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura. *Enfermagem*. 13(1), 137-46.
- Echevarría, P. y De Souza, A.C. (2013). Cómo cuantificar los aspectos cualitativos en escalas de clasificación de resultados NOC para etiquetas psico-socioculturales. *Rev. Esc. Enferm USP*, 47(3), 728-35.
- Gordon, M. (2003). *Manual de diagnósticos enfermeros*. Madrid: Elsevier España S.L.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. y Swanson, E. (2009). *Clasificación de resultados de Enfermería (NOC)*. Barcelona: Elsevier España, S.L.
- Morales, J.M., Morilla, J.C., Torres, L., Porcel, A.M. y Canca J.C. (2013). Investigación en resultados y clasificación de resultados de Enfermería. Claves para la investigación. *Metas de Enferm.*, 15(10), 20-24.
- Morales-Asensio, J.M. (2004). Investigación de resultados en enfermería. El camino hacia la efectividad de los cuidados. *Index de enfermería*. Recuperado en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100008

- Morilla-Herrera, J.C., Morales-Asensio, J.M., Fernández-Gallego, M.C., Berrobianco, E. y Delgado, A. (2011). Utilidad y validez de un instrumento basado en indicadores de la Nursing Outcomes Classification como ayuda al diagnóstico de pacientes crónicos de Atención Primaria con gestión ineficiente de la salud propia. *An.Sist.Sanit.Navar.* 34(1), 51-61.
- Ruymán, P. (2012). La precisión diagnóstica en enfermería. *Metas de enfermería*, 15(6), 59-64.
- Ubierno, M.C., Regoyos, S., Vico M.V., Reyes, R. (2005). El soporte de enfermería y la claudicación del cuidador informal. *Enfermería Clínica*, 15(4), 199-205.
- Van, T., Macq, J, Jeanmart, C., y Gobert, M. (2012). Tools for measuring the impact of informal caregiving of the elderly: A literature review. *International Journal of nursing studies*. 49, 490-504.
- Vázquez, M.A., Casals, J.L., Aguilar, P., Aparicio, P., Estébanez, F., Luque, A., Ramírez, M. J. y Villarín V. (2005). Aportación para el diagnóstico de cansancio en el desempeño del rol del cuidador. *Enfermería Clínica*, 15(2), 63-70.

PREVALENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA “TRASTORNO DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO”: ANÁLISIS DE LA EVIDENCIA

AUTOR/ES

Paula Escalada-Hernández; Blanca Marín-Fernández

Departamento Ciencias de la Salud. Universidad Pública de Navarra. e-mail: de contacto paula.escalada@unavarra.es

PALABRAS CLAVE

Diagnósticos de enfermería; NANDA-I, Trastorno de los procesos de pensamiento; Prevalencia

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de enfermería “trastorno de los procesos de pensamiento” (TPP) es definido como el “trastorno de las operaciones y actividades cognitivas” (1). Este diagnóstico, anteriormente conocido como “alteración de los procesos de pensamiento”, fue incluido en la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería NANDA-I desde su primera edición en 1973 (2) y fue excluido de la edición 2009-2011 por la falta de evidencia existente en lo referente a su desarrollo conceptual y validación (1).

Sin embargo, se ha demostrado que el diagnóstico de enfermería TPP tiene especial relevancia clínica en el ámbito de la salud mental, ya que es uno de los más frecuentes dentro de esta especialidad (3). Frauenfelder y colaboradores (4) desarrollaron una revisión bibliográfica en la que identificaron los diferentes fenómenos abordados por enfermería en unidades de psiquiatría mencionados en artículos científicos y establecieron su equivalencia con los diagnósticos de enfermería existentes. Entre los fenómenos identificados, se encontraba “patrones de pensamiento alterados” que según apuntan los autores es coherente con la etiqueta TPP. En base a sus resultados, estos investigadores planteaban la necesidad de la reintroducción de este diagnóstico en la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería NANDA-I. Así, parece preciso el desarrollo de trabajos empíricos que permitan avanzar en el estudio del diagnóstico TPP.

OBJETIVOS

Con el propósito de generar evidencia sobre el diagnóstico de enfermería TPP y como parte de un proyecto más amplio, se planteó el presente trabajo cuyo objetivo es realizar una revisión bibliográfica sobre la prevalencia del diagnóstico de enfermería TPP.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas nacionales e internacionales (PubMed, Web of Knowledge, CINAHL, PsycINFO, Scopus, CUIDEN, EnFisPo, Scielo España, Hemeroteca Cantárida, Ibecs y Lillacs). Como términos de búsqueda se utilizaron los nombres, anterior y actual, de la etiqueta entrecomillados en inglés o castellano ("trastorno de los procesos de pensamiento"; "disturbedthoughtprocesses"; "alteración de los procesos de pensamiento"; "alteredthoughtprocesses"), combinándolos con el operador booleano "OR". Dado que no existen revisiones bibliográficas anteriores, no se aplicó límite de fecha alguno, incluyendo bibliografía publicada desde 1979 hasta 2013. Además, se consultaron manualmente algunas revistas relevantes y las listas de referencias de los artículos localizados. Se revisó el título y resumen de las referencias obtenidas tras la búsqueda para comprobar si cumplían el criterio de ser textos que aportaran datos empíricos sobre la prevalencia del diagnóstico de enfermedad TPP. Se incluyeron artículos publicados en inglés, castellano o portugués.

RESULTADOS

En la búsqueda se localizaron 198 referencias, tras aplicar los criterios de inclusión, se seleccionaron 22 que recogían datos sobre la prevalencia del diagnóstico TPP. Los artículos seleccionados se dividieron en cuatro grupos de acuerdo al perfil de pacientes incluidos o al ámbito sanitario en el que fueron desarrollados. Así, ocho de ellos incluían a pacientes con trastornos mentales, siete incluían a ancianos, cuatro se realizaron en el ámbito comunitario y tres en hospitalización general.

Tabla 1. Estudios de prevalencia TPP en salud mental

REFERENCIA PAÍS	ÁMBITO CLÍNICO	DISEÑO METODOLOGÍA	MUESTRA	PREVALENCIA TPP
Ugalde Apalategui y col., 2011 España	UHP (5 unidades)	Multicéntrico, transversal, descriptivo y correlacional Revisión de historias clínicas	N= 907 pacientes psiquiátricos Muestreo por conveniencia	Muestra total: 45,7% (n=360) Por sexos: hombres 52,8% (n=190) mujeres 47,2% (n=170) Por GRD: GRD 426 (neurosis depresivas): 44,07% (n=26) ;GRD 427 (neurosis excepto depresión): 28,57% (n=4); GRD 428 (t. personalidad): 41,12% (n=44); GRD 429 (alteraciones orgánicas y retraso mental): 38,10% (n=8); GRD 430 (psicosis): 45,06% (n=251); GRD (otros diagnósticos): 40% (n=2); GRD (abuso de drogas) 43,33% (n=52) TPP fue el 2º DE más prevalente
Abderhalden y col., 2007 Austria y Suiza	UHP (11 unidades)	Descriptivo retrospectivo Revisión de historias clínicas	N= 330 pacientes psiquiátricos Muestreo por conveniencia	TPP fue el 2º DE más prevalente (<i>información obtenida de un resumen, no se especifica prevalencia</i>)
Sales Orts y col., 2007 España	UHP	Transversal analítico observacional Revisión de notas enfermería e información verbalizada en cambios de turno y observación directa	N=301 pacientes con esquizofrenia y alteraciones en el estado de ánimo Muestreo: por conveniencia	Muestra total: 94,02% (n= 283) TPP fue el DE más prevalente
Vilchez Esteve y col., 2007 España	UHP (2 unidades) Unidad de patología dual (1 unidad)	Descriptivo retrospectivo Revisión de historias clínicas	N= 206 pacientes psiquiátricos Muestreo: por conveniencia	Muestra total: 38,35% (n=79) Por patologías: Esquizofrenia 60% (n=50); Trastornos adaptativos 2,80% (n=1); Patología dual 5,10% (n=2); Depresión 48% (n=12); Manía 63,30% (n=14) TPP fue el 2º DE más prevalente
Sevillano Arroyo y col., 2004 España	UHP (1 unidad)	Transversal descriptivo Revisión de historias clínicas	N= 150 pacientes psiquiátricos Muestreo por conveniencia	Muestra total: 46% (n=69) TPP fue el 3º DE más prevalente
Stefan y col., 2003 Austria y Suiza	UHP (1 unidad)	Descriptivo retrospectivo Revisión de registros de enfermería	N= 30 pacientes psiquiátricos Muestreo por conveniencia	TPP dentro de los 3 DE más prevalentes (<i>información obtenida de un resumen, no se especifica prevalencia</i>)
Lluch Canut y col., 2009 España	Consulta de Enfermería en Salud Mental	Descriptivo retrospectivo Revisión de historias clínicas	N= 66 pacientes con trastorno mental severo Muestreo por conveniencia	Muestra total: 54,5% (n= 36) TPP fue el 3er DE más prevalente
Boomsma y col., 1997 Países Bajos	4 equipos de atención psiquiátrica domiciliaria	Investigación en acción Revisión de historias clínicas (Análisis de contenido y codificación como DE)	N= 61 (pacientes psiquiátricos) Muestreo por conveniencia	TPP fue el 5º DE más prevalente (<i>no se especifica prevalencia</i>)

En la Tabla 1, aparecen los estudios de prevalencia realizados en el contexto de salud mental (5-12). Principalmente, se han localizado trabajos centrados en unidades de hospitalización psiquiátrica (UHP) para pacientes agudos y en atención comunitaria psiquiátrica. En todos estos estudios el diagnóstico TPP se encuentra entre los 5 diagnósticos de enfermería más frecuentes. Como se puede observar, la prevalencia demostrada por el diagnóstico TPP es alta, entre el 40 y 50% en todos los casos, llegando a alcanzar el 94% en el estudio de Sales Orts y Costa Suarez (8).

Los resultados de los proyectos que incluyen a pacientes psiquiátricos crónicos que conviven en la comunidad no difieren en gran medida de los estudios con pacientes psiquiátricos agudos ingresados. Por otro lado, dos de los artículos de este grupo (5, 6) ofrecen además información en relación al diagnóstico psiquiátrico de los pacientes incluidos en la muestra. Se puede observar como la prevalencia de TPP es mayor al 40% en sujetos con diagnósticos como:

neurosis depresivas, trastornos de la personalidad, psicosis, abuso de sustancias, esquizofrenia o manía.

Tabla 2. Estudios de prevalencia TPP en ancianos

REFERENCIA	ÁMBITO CLÍNICO	DISEÑO METODOLOGÍA	MUESTRA	PREVALENCIA TPP
Kuzu y col., 2005 Turquía	Atención comunitaria	Estudio pre-post con intervención educativa para cuidadores Observación directa del paciente	N=32 pacientes con Alzheimer Muestreo por conveniencia	Pretest: 46,8% (n=15) Posttes: 31,3% (n=10)
Barriguet y col., 2005 España	Centro geriátrico	Descriptivo trasversal Observación directa del paciente	N= 52 ancianos Muestreo por conveniencia	Muestra total: 1,9% (n=1)
Borges Teixeira y col., 2003 Brasil	Consulta de Enfermería en Salud Mental	Descriptivo exploratorio Observación directa del paciente	N=48 ancianos con problemas cognitivos Muestreo por conveniencia	Muestra total: 27% (n= 13) Prevalencia por sexo: Hombres: 29,1% (n=7)Mujeres: 25% (n= 6)
Park y col., 2004 EEUU	Unidades de hospitalización	Descriptivo retrospectivo Revisión de historias clínicas	N= 597 ancianos con demencia hospitalizados Muestreo por conveniencia	Muestra total: 29% (n=144)
Daly y col., 1995	Centro de cuidados de larga duración	Retrospectivo descriptivo Revisión de historias clínicas	N=29 ancianos Muestreo aleatorio: registros de enfermería de un día aleatorio	Muestra total: 65,52% (n=19)
Mass y Buckwalter, 1988 EEUU	Centro de cuidados de larga duración	Descriptivo y trasversal Entrevistas, revisión de historias clínicas y cuestionarios	N=60 pacientes con Alzheimer Muestreo por conveniencia	Muestra total: 52% (n= 31)
Hardy y col., 1988 EEUU	Centros geriátricos	Revisión de 5 estudios Revisión de historias clínicas	Muestra (ancianos) en cada estudio: - IVH, 1985 (N= 121) - Hallal 1985 (N =106) - Leslie 1981 (N= 210) - Rantz 1984: (N=328) - Rantz 1986 (N=328) Muestreo no especificado	TPP presente en los 5 estudios (<i>no se especifica prevalencia</i>): -En IVH 1985 ;Leslie 1981; Rantz 1984; Rantz 1986: 3er DE más prevalente - En Hallal 1985: 11º DE más prevalente

Se han localizado siete estudios de prevalencia de diagnósticos de enfermería en población anciana (Tabla 2). Se puede apreciar una marcada variabilidad en el nivel de prevalencia del diagnóstico TPP entre sus resultados. Esto es explicable debido a las diferencias existentes entre los estudios. En primer lugar, presentan datos de distintos ámbitos asistenciales. Cuatro de ellos (13-16) se centran en centros geriátricos y cuidados de larga duración, dos de ellos (17, 18) en el ámbito comunitario y uno (19) en el contexto hospitalario. Por otro lado, el perfil de los pacientes incluidos en las muestras de estudio también difiere de uno a otro. Cuatro de ellos (15, 17-19) incluyen exclusivamente a ancianos con demencia y deterioro cognitivo y tres (13, 14, 16) estudian a ancianos sin especificar si presentan o no alteraciones cognitivas.

Tabla 3. Estudios de prevalencia TTP en el ámbito comunitario

REFERENCIA	ÁMBITO CLÍNICO	DISEÑO METODOLOGÍA	MUESTRA	PREVALENCIA TPP
Nieto y col., 2004 España	Atención domiciliaria	Descriptivo transversal Observación directa del paciente	N= 680 pacientes en atención domiciliaria Muestreo por conveniencia	Muestra total: 0,92% (n= 49)
Keenan y col., 2003 EEUU	Consulta de enfermería comunitaria	Descriptivo transversal Observación directa del paciente	N=319 sujetos atendidos en la consulta Muestreo por conveniencia	Muestra total: 2,2% (n= 3)
Clavería Señís, 1997 España	Atención domiciliaria	Descriptivo retrospectivo Revisión de historias clínicas (análisis de contenido codificación como DE)	N= 138 pacientes en atención domiciliaria Muestreo por conveniencia	Muestra total: 11,6% (n= 37) TPP fue el 8º DE más prevalente
Kang y col., 1994 EEUU	Consulta de enfermería de atención a familias con niños discapacitados	Retrospectivo descriptivo Revisión de registros de enfermería	N= 75 niños discapacitados Muestreo aleatorio	TPP dentro de los 5 DE más prevalentes (No se especifica prevalencia)

En la Tabla 3, se presentan los trabajos realizados en el ámbito comunitario, excluyendo a aquellos con población anciana ya presentados. Se observa una prevalencia de TPP mucho menor, no llegando al 3% en los estudios de Nieto y colegas (20) y Keenan y colegas (21) y sobrepasando ligeramente el 10% en el estudio de Clavería Señís (22). En esta tabla, además, se ha incluido el proyecto de Kang y colegas (23) desarrollado en una consulta de enfermería comunitaria en la que se atiende a niños discapacitados y a sus familias. Sus resultados muestran que TPP está dentro de los cinco diagnósticos enfermeros más prevalentes. Este es el único estudio en población infantil localizado.

Como era previsible, la prevalencia del diagnóstico TPP en unidades de hospitalización médico-quirúrgica es muy pequeña, en torno al 2% (Tabla 4). En los dos estudios liderados por Thoroddsen (24, 25) se analizan los diagnósticos de enfermería más frecuentes en varias unidades de hospitalización, siendo TPP uno de los menos prevalentes. Dé forma diferente, Karpiuk y colegas (26) encontraron una mayor frecuencia del diagnóstico TPP (22,3%) entre los pacientes con fractura de fémur. Este resultado podría estar relacionado con el perfil típico de los pacientes con fractura de cadera que suelen tener edad avanzada. Esto hace que presenten un mayor riesgo de sufrir delirium durante la hospitalización, lo que es coherente con la prevalencia de TPP.

Tabla 4. Estudios de prevalencia TPP en el ámbito hospitalario

REFERENCIA	ÁMBITO CLÍNICO	DISEÑO METODOLOGÍA	MUESTRA	PREVALENCIA TPP
Thoroddsen y Ehnfors, 2007 Islandia	Unidades de hospitalización	Estudio pretest-postest tras intervención educativa sobre documentación y NNN Revisión de registros de enfermería	Pretest: N= 362 pacientes hospitalizados Postest: N=355 pacientes hospitalizados Muestreo por conveniencia	Pretest: TPP era el 9 DE más frecuente (n=37, 2,4%) Posttest: TPP no aparece entre los 10 más frecuentes (no se especifica prevalencia)
Thoroddsen y Thorsteinsson, 2002 Islandia	Unidades de hospitalización	Retrospectivo correlacional Revisión de historias clínicas (análisis de contenido codificación como DE)	N=1103 pacientes hospitalizados Muestreo :selección aleatoria de registros	Muestra total: 2,3% (n=51) Dentro de los 20 DE más prevalentes (puesto 11)
Karpiuk y col., 1997 EEUU	8 hospitales regionales	Retrospectivo descriptivo Revisión de historias clínicas	N=188 pacientes con fractura de fémur Muestreo por conveniencia	Muestra total: 22,3% (n=42) TPP fue el 4º DE más prevalentes y uno de los 6 DE no resueltos más prevalentes

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tras examinar los estudios encontrados, queda patente que no es extensa la evidencia sobre la prevalencia del diagnóstico TPP en diferentes poblaciones y contextos clínicos. Tras esta revisión, se podría concluir que el diagnóstico de enfermería TPP es muy frecuente en pacientes con alteraciones mentales, ya sean trastornos psiquiátricos o deterioros cognitivos y demencias. Esto hace que pueda ser un diagnóstico habitual en los ámbitos clínicos relacionados con la salud mental y la geriatría. Fuera de estos contextos, su prevalencia puede ser mucho menor. No obstante, en cualquier tipo de recurso asistencial se pueden encontrar pacientes con alteraciones cognitivas, ya sean agudas o crónicas, que presenten el diagnóstico TPP.

Sin embargo, a la hora de interpretar los resultados expuestos aquí, es necesario tener en consideración diversos aspectos sobre los estudios. Los 22 artículos presentados abarcan un periodo de tiempo muy extenso, de 1988 a 2011. Sólo dos artículos han sido publicados en los últimos cinco años. Aunque sí se pueden encontrar 13 publicados en la década de los 2000. En relación a la procedencia de los artículos, sorprenden principalmente dos aspectos. En primer lugar, es llamativo el discreto número de proyectos americanos encontrados ($n=7$), frente a los 14 europeos. Dado que la taxonomía NNN fue desarrollada en EEUU y pese a que ésta ha tenido gran aceptación en varios países europeos, se podría haber esperado encontrar un predominio de artículos elaborados en el contexto americano. Cabe la posibilidad de que se haya omitido algún escrito relevante. Sin embargo, se ha realizado un esfuerzo por realizar una búsqueda lo más exhaustiva posible.

Los trabajos descritos abarcan diversos ámbitos y contextos sanitarios. Cabe mencionar que en aquellos centrados en salud mental, no se han encontrado proyectos en recursos asistenciales de tipo residencial y de larga estancia. Esto es coherente con el modelo actual de atención psiquiátrica que aboga por la integración en la comunidad de las personas con trastornos mentales, en contraposición al modelo de internamiento de larga estancia históricamente aplicado en psiquiatría (27, 28).

Desde el punto de vista metodológico, la mayoría de los artículos presentan algunas limitaciones. Una gran parte de estos estudios (5-7, 9-11, 14, 16, 19, 23, 26) examinan de forma retrospectiva la prevalencia de los diagnósticos de enfermería documentados en las historias clínicas y registros de enfermería. Estos diseños son muy frecuentes por su sencilla aplicación, y son una de las ventajas que ofrece la integración de la Taxonomía NNN en las historias clínicas informatizadas (1). Sin embargo, sus resultados deben ser considerados con cautela. Estos estudios ofrecen información sobre los problemas de los pacientes documentados, y no sobre la observación directa del estado del paciente. Se ha demostrado que uso de lenguajes estandarizados mejora la cantidad y calidad de los datos documentados (29). No obstante, también se ha constatado que el contenido de los registros de enfermería no

refleja el cuidado que realmente se les presta a los pacientes, ya que las enfermeras tienden a registrar menos actividades de las que realmente llevan a cabo (30, 31). Los estudios de prevalencia que identifican los diagnósticos mediante la valoración directa del paciente, aunque más complejos logísticamente, ofrecen un mayor grado de validez a los datos. Seis de los artículos analizados emplean este diseño (8, 13, 17, 18, 20, 21). La inclusión de un segundo observador en este tipo de estudios, incrementa la calidad del diseño (33). Únicamente un artículo constata que la valoración fue realizada por dos observadores (21).

Finalmente, otro aspecto a considerar es la limitada representatividad de las muestras de algunos estudios, debido por un lado a su reducido tamaño y por otro a que la selección de las muestras en la mayor parte de los casos ha sido realizada por conveniencia.

Como conclusión podemos afirmar que la evidencia, sobre la prevalencia del diagnóstico de enfermería TPP, muestra que es muy frecuente en pacientes con trastornos psiquiátricos o con deterioro cognitivo.

REFERENCIAS

1. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2009-2011. Barcelona: Elsevier España; 2010.
2. Gordon M, Sweeney MA. Methodological problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnoses. *Advances in Nursing Science*. 1979; 2(1): 1-16.
3. Escalada Hernández P, Muñoz Hermoso P, Marro Larrañaga I. La atención de enfermería a pacientes psiquiátricos NANDA-NIC-NOC: una revisión de la literatura. *Revista ROL de Enfermería*. 2013; 36(3): 166-77.
4. Frauenfelder F, Müller-Staub M, Needham I, Van Achterberg T. Nursing phenomena in inpatient psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011; 18(3): 221-35.
5. Ugalde Apalategui M, Lluch Canut MT. Estudio multicéntrico del uso y utilidad de las Taxonomías Enfermeras en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica. [Informe de trabajo publicado bajo licencia Creative Commons. Diposit Digital de la Universitat de Barcelona, apartat Recerca.] 2011. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/19207>.
6. Vilchez Esteve MC, Atienza Rodríguez E, Delgado Almeda M, González Jiménez J, Lorenzo Tojeiro M. Estandarización de los cuidados de enfermería en la esquizofrenia según el modelo conceptual de Nancy Roper. *Revista Presencia [Internet]*. (acceso: 20 Sept 2011). 2007; 3(5). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n5/62articulo.php>.
7. Abderhalden C, Needham I, Faust AM, Grywa D, Quiblier U, Stefan H, et al. [Nursing diagnoses in acute psychiatric wards in Switzerland and Austria: commonalities and differences]. *Pflege*. 2007; 20(3): 149-56.

8. Sales Orts R, Costa Suarez A. Informe final de la ayuda de investigación ISCIII 2055-ETS-P190091 2007. Disponible en: <http://www.anesm.net/descargas/informe.pdf>.
9. Sevillano Arroyo MA, Ducret Crossier FE, Fermenía Crespí M, García Vidal AM, Quirós de la Cruz S, Rey Pena MA. Análisis de los diagnósticos prevalentes en una unidad de agudos de psiquiatría. XXI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental; 1, 2 y 3 de abril de 2004; Bilbao 2004.
10. Stefan H, Grywa D, Abderhalden C, Faust AM, Needham I, Quiblier U, et al. Nursing diagnoses in psychiatric acute wards in Switzerland and Austria. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2003; 14(Sup. 4): S22-S3.
11. Lluch Canut MT, Sabadell Gimeno M, Puig Llobet M, Cencerrado Muñoz MA, Navas Alcalá D, Ferret Canale M, et al. Diagnósticos enfermeros en pacientes con trastorno mental severo con seguimiento de enfermería en centros de salud mental. *Revista Presencia [Internet]*. (acceso 20 Sept 2011) 2009; 5(10). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n10/p7151.php>.
12. Boomsma J, Dingemans CA, Dassen TW. The nursing process in crisis-oriented psychiatric home care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1997 08; 4(4): 295-301.
13. Barrigüete Andreu MI, González Porras C. Prevalencia de los diagnósticos enfermeros en una residencia geriátrica. *Hygia*. 2005; 72: 50-4.
14. Daly JM, Maas M, Buckwalter K. Use of standardized nursing diagnoses and interventions in long-term care. *Journal of gerontological nursing*. 1995; 21(8): 29-36.
15. Maas ML, Buckwalter KC. A special Alzheimer's unit: Phase I baseline data. *Applied Nursing Research*. 1988; 1(1): 41.
16. Hardy M, Maas M, Akins J. The prevalence of nursing diagnoses among elderly and long term care residents: A descriptive comparison. *Recent Advances in Nursing*. 1988; 21: 144-58.
17. Kuzu N, Beşer N, Zencir M, Ağahiner Tr, Nesrin E, Ahmet E, et al. Effects of a Comprehensive Educational Program on Quality of Life and Emotional Issues of Dementia Patient Caregivers. *Geriatric Nursing*. 2005 2005/12//; 26(6): 378-86.
18. Borges Teixeira M, Quintella Fernandes RA. Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos com distúrbio mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2003; 56(6): 619-23.
19. Park M, Delaney C, Maas M, Reed D. Using a Nursing Minimum Data Set with older patients with dementia in an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 47(3): 329-39.
20. Nieto García E, Domínguez Ruiz M, Casado Lollano A, Monleón Just M, Díz Gómez J, Sánchez Pérez C, et al. Diagnósticos enfermeros en la atención domiciliaria. *Metas de Enfermería*. 2004; 7(3): 6-12.

21. Keenan G, Stocker J, Barkauskas V, Treder M, Heath C. Toward collecting a standardized nursing data set across the continuum: case of adult care nurse practitioner setting. *Outcomes Management*. 2003 Jul-Sep; 7(3): 113-20.
22. Clavería Señas M. Diagnósticos de enfermería utilizados por un equipo de atención domiciliar socio-sanitaria. *Enfermería Científica*. 1997; 182-183: 49-54.
23. Kang R, Barnard K, Oshio S. Description of the clinical practice of advanced practice nurses in family-centered early intervention in two rural settings. *Public Health Nursing* 1994; 11(6): 376-84.
24. Thoroddsen A, Ehnfors M. Putting policy into practice: pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation. *Journal of Clinical Nursing*. 2007 Oct; 16(10): 1826-38.
25. Thoroddsen A, Thorsteinsson HS. Nursing diagnosis taxonomy across the Atlantic Ocean: congruence between nurses' charting and the NANDA taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*. 2002 02/15; 37(4): 372-81.
26. Karpiuk KL, Delaney CW, Ryan P. South Dakota statewide nursing minimum data set project. *Journal of Professional Nursing*. 1997; 13(2): 76-83.
27. Lamb HR, Bachrach LL. Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Services*. 2001; 52(8): 1039-45.
28. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.: Ministerio 2007. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf.
29. Muller-Staub M, Lavin MA, Needham I, van Achterberg T. Nursing diagnoses, interventions and outcomes - application and impact on nursing practice: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2006; 56(5): 514-31.
30. Hale CA, Thomas LH, Bond S, Todd C. The nursing record as a research tool to identify nursing interventions. *Journal of Clinical Nursing*. 2007; 6(3): 207-14.
31. Sales Orts R. Análisis del proceso de cuidados de enfermería en una sala de psiquiatría. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2005.
32. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. Barcelona: Elsevier Mosby; 2012.
33. Fehring RJ. Methods of validate nursing diagnoses. *Hearth & Lung*. 1987; 16(6): 625-9.

PROTOCOLIZACIÓN DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

AUTOR/ES

Gregorio César Iglesias-Casas; Susana Beatriz Pulgarin-Sobrino; Josefa Castro-Míllara; María Victoria Carral-García; Amalia Lamelas-González; María Luisa Rodríguez-Martínez.

PALABRAS CLAVE

Continuidad de la Atención al Paciente; Registros de enfermería

INTRODUCCIÓN

El informe de continuidad de cuidados (ICC) es un registro que tiene por objetivo servir de soporte documental a la continuidad de cuidados en aquellos pacientes que una vez dados de alta en el hospital precisan de cuidados por parte de la familia y/o los profesionales de atención primaria. Se trata de un documento que recoge la información necesaria para la planificación de cuidados en el ámbito extrahospitalario acorde con el estado de salud y las necesidades del paciente, cuidador y/o familia en el momento del alta.

Se trata de un registro profesional autónomo y oficial de la actividad global de los diplomados de enfermería, que permite la reafirmación y consolidación de la enfermería como profesión independiente, dirigido al medio extra hospitalario, para potenciar la coordinación entre profesionales de asistencia hospitalaria y primaria estableciendo una comunicación institucional y personal, que garantice la continuidad del proceso asistencial y facilite el seguimiento de los pacientes.

La continuidad de cuidados es un objetivo asistencial que garantiza que otra enfermera atienda al paciente con garantías, con los mismos criterios y manteniendo la atención centrada en la obtención de resultados comunes. Para la Joint Comission la continuidad asistencial es el grado en que la asistencia que necesita el paciente está coordinada eficazmente entre diferentes profesionales y organizaciones y con relación al tiempo. Para Caamaño et al. El Informe de enfermería al alta garantiza la continuidad de cuidados en los distintos niveles de atención. En último término debemos considerar que según Amezcua un buen registro de enfermería debería ser aquel que recogiese la información suficiente como para permitir que otro profesional de similar cualificación asumiera sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente.

En nuestro hospital destaca la amplia informatización del sistema. El colectivo de enfermería utiliza como soporte de la historia clínica electrónica el programa informático Gacela (programa de gestión de cuidados de enfermería corporativo). A todo paciente que causa ingreso se le realiza una valoración inicial utilizando el modelo de Virginia Henderson y un plan de cuidados

individualizado o estandarizado con sus diagnósticos, factores de relación, objetivos y acciones. Cuando el paciente es dado de alta, la enfermera emite el ICC especificando los diagnósticos de enfermería pendientes de resolución (opcional), el motivo de ingreso y la evolución del paciente, su situación al alta, las recomendaciones de enfermería si procede (cargadas en la base de conocimientos del programa), recomendaciones adicionales y comentarios.

Se imprimen dos copias del informe, una se entrega al paciente y la otra se guarda en la unidad, pensando sobre todo en los profesionales de nueva incorporación para que tengan un modelo o referencia a la hora de realizar el informe. Si el paciente es además portador de úlceras por presión (UPP) en el momento del alta, se adjunta al informe el evolutivo del registro de UPP en el programa gacela, para que la enfermera de atención primaria pueda verificar la evolución de la úlcera y los diferentes tratamientos empleados. El informe se entrega al paciente y se le explica con detalle tanto a él como al cuidador principal, si es el caso. La enfermera de atención primaria utiliza para sus registros un programa informático diferente, conocido como IANUS. Desde este programa solamente puede acceder a la visualización de los comentarios evolutivos, la gráfica de constantes y el ICC registrados por la enfermera de atención hospitalaria en Gacela.

En los últimos años, se han impartido numerosos cursos y talleres formativos en relación con la cumplimentación de este informe. Se han establecido una serie de criterios que se deberán tener en cuenta a la hora de su elaboración, siendo el primero de todos ellos que el ICC no se realizará a todo paciente que es dado de alta en la unidad, si no solamente al paciente que es dado de alta y precisa continuidad de cuidados en otro nivel asistencial (paciente que en el momento de alta presente UPP, heridas, sondajes...). Lo que pretendemos con este estudio es unificar criterios y diseñar un formato estandarizado y amigable para que nuestros profesionales de enfermería cumplimenten el ICC con suficiente rigor y calidad metodológica, de forma que en el informe se recoja toda la información necesaria que permita garantizar la continuidad asistencial al paciente que es dado de alta.

OBJETIVOS

Con este estudio nos hemos planteado tres objetivos principales:

Diseñar un formato estandarizado para la elaboración del informe de continuidad de cuidados.

Formar a los profesionales de nuestro hospital en la cumplimentación del documento.

Evaluar el impacto de la formación impartida.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño:

Se trata de un estudio descriptivo prospectivo de ICC registrados en el programa Gacela, entre enero 2011 y diciembre 2013, realizado en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO).

Sujetos a estudio:

Pacientes dados de alta en unidades de hospitalización de adultos del CHUO en los años 2011, 2012 y 2013.

Enfermeras de 25 unidades de hospitalización de adultos: médicas (medicina interna, digestivo, nefrología, cardiología, neumología, hematología, neurología, ginecología), quirúrgicas (cirugía general, neurocirugía, cirugía vascular, traumatología, urología y otorrino), oncología, paliativos y psiquiatría.

Criterios de inclusivo:

Pacientes dados de alta que precisen continuidad de cuidados en atención primaria (portadores de UPP, heridas, sondajes, administración de tratamientos...)

Criterios de exclusión:

Pacientes dados de alta que no precisen continuidad de cuidados.

Variables de estudio:

Número de ICC registrados en gacela y porcentaje de pacientes dados de alta con ICC.

Variables relacionadas con la cumplimentación del informe, tales como cantidad y calidad metodológica del contenido del informe.

Análisis de los datos:

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS.15.0.

El primer paso llevado a cabo ha sido realizar una revisión de los modelos existentes a nivel de los hospitales de la comunidad autónoma. En la mayoría de los hospitales del entorno no existe un formato estandarizado y se equipara el ICC con recomendaciones de enfermería incorporadas en la base de conocimientos del aplicativo Gacela. Se contemplan así recomendaciones para el paciente portador de sonda vesical, sonda nasogástrica, PEG, paciente portador de marcapasos, paciente intervenido de prótesis de cadera, rodilla...

Por ello creímos necesario definir un formato estructurado, en soporte informático, con apartados en texto libre y amigable, en la medida de lo posible, para el profesional.

Se establecieron los criterios que deberían de contemplarse a la hora de cumplimentar el informe:

El apartado de "Motivo de Ingreso y Evolución" debe reflejar la valoración del paciente llevada a cabo por la enfermera en el momento del ingreso, así como la evolución del paciente durante su estancia hospitalaria recogida en los comentarios evolutivos de enfermería. Por lo tanto, el ICC estará mejor cumplimentado cuanto mejor sean la valoración y los comentarios de enfermería.

En el apartado de "Situación al Alta" se debe exponer cómo se encuentra el paciente en el momento del alta: su nivel de conciencia, su grado de autonomía para las actividades de la vida diaria (AVD), si presenta UPP o heridas...

En el apartado de "Recomendaciones" se incorporarán, si procede, las recomendaciones de enfermería disponibles en la base de conocimientos del programa Gacela.

En el apartado de "Recomendaciones Adicionales" se contemplarán aspectos como fechas de próximos cambios de sondas, próxima retirada de puntos de sutura, educación sanitaria al paciente y/o cuidador principal...

El apartado de "Comentarios" se utilizará para dejar constancia de aspectos no expuestos en los apartados anteriores.

Una vez diseñado el formato y unificados los criterios para su cumplimentación se impartieron, a lo largo del periodo a estudio, cursos y talleres formativos con personal experto dentro del plan formativo del hospital. En concreto, durante el periodo a estudio, se impartieron 18 actividades formativas que dieron cobertura a 128 profesionales de enfermería.

Finalmente, para valorar el impacto de la formación se monitorizó el número de ICC y la tasa de pacientes dados de alta con ICC pre y post-formación, al tiempo que se evaluó la calidad metodológica del informe mediante auditoría de una muestra representativa.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos no han sido quizás los esperados, puesto que pese al importante esfuerzo formativo desarrollado a lo largo de los tres años, se ha producido un leve incremento en la tasa de pacientes con informe de continuidad de cuidados pre y post- formación, pasando de un 5,21% en 2011 a un 6,54% en 2013.

Sin embargo, sí se ha mejorado cualitativamente de forma significativa la cumplimentación del registro.

CONCLUSIONES

Con este estudio hemos objetivado que, a pesar de estandarizar un formato de registro e impartir extensa formación, se incrementó levemente el porcentaje de pacientes con informe de

continuidad de cuidados. No obstante, se ha mejorado de forma notoria la calidad metodológica del registro.

Como áreas de mejora se contemplarían la incorporación, tanto en la planificación de cuidados del hospital como en la cumplimentación del ICC, de la Taxonomía NANDA-NIC-NOC. Así mismo, creemos también necesaria mejorar la comunicación entre los dos programas informáticos (IANUS y Gacela) o, lo que sería más idóneo, implementar una única historia electrónica para los diferentes colectivos profesionales y niveles asistenciales.

BIBLIOGRAFÍA

María Teresa Luis Rodrigo CFFMVNG. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3rd ed. Barcelona: Elsevier Doyma, SL; 2005.

Griffith-Kenney J CP. Nursing Proess: Application of theories, frameworks and models St Louis: 2ªedic; 1986.

international N. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014 Barcelona: Elsevier; 2012.

Bulecheck GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC. 5th ed. Elsevier, editor.; 2013.

Betty J. Ackley GBL. Manual de Diagnósticos de Enfermería. 7th ed. Madrid: Elsevier; 2007.

Gordon M. Manual de Diagnósticos Enfermeros. 10th ed. Madrid: Elsevier; 2006.

Sue Moorhead MJ. Clasificación de Resultados de Enfermería NOC. 4th ed.: Elsevier; 2009.

Aguilar LV. Diagnósticos de enfermería en pacientes dados de alta con enfermedades crónicas, según taxonomía Nanda-I. enfermería global. 2011 Jul;(23).

C CG, Pitarch Flors T, García Bernabeu M. Análisis informe continuidad cuidados según criterio enfermero. enfermería global. 2008 Feb;(12).

Enrique PA, Blaya Lopez E, Herminia DA, Manuel RSJ. Coordinación de altas hospitalarias. asociación española de enfermería en urología. 2003 julio, agosto, septiembre;(87).

EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN EN LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

AUTOR/ES

Gregorio César Iglesias-Casas, Susana Beatriz Pulgarin-Sobrino, Josefa Castro-Míllara, María Victoria Carral-García, Amalia Lamelas-González, María Luisa Rodríguez-Martínez

PALABRAS CLAVE

Atención de Enfermería

INTRODUCCIÓN

El Plan de Cuidados es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, intervenciones y la evaluación de todo ello.

Cuando hablamos de plan de cuidados podemos distinguir entre:

Individualizado: Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Es más laborioso.

Estandarizado: Según Mayers, "es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad".

Estandarizado con modificaciones: Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Informatizado o Computarizado: Requieren la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

El desarrollo de los planes de cuidados responde a la necesidad de unificar criterios en la atención de enfermería y tiene como objetivo el logro de un lenguaje común entre los profesionales.

Además de lo expuesto anteriormente, la elaboración y utilización de los planes de cuidados contribuye a:

Garantizar la seguridad de los pacientes.

Aplicar una práctica sistematizada de los cuidados de enfermería.

Implementar nuevos modelos de atención centrados en la persona, familia y comunidad.

Favorecer el desarrollo profesional a partir de una buena práctica.

La finalidad del Plan de Cuidados está dirigida a fomentar una asistencia de calidad al paciente mediante unos cuidados individualizados centrados en el paciente y garantizando, en todo momento, la continuidad de cuidados.

Nuestro hospital tiene una amplia trayectoria en la elaboración y empleo de planes de cuidados y, de hecho, cuenta con una Comisión de Planes de Cuidados presidida por la supervisión de calidad de la Dirección de Procesos de Enfermería, que se encarga de la revisión y validación de los planes de cuidados elaborados en las unidades de enfermería.

Estos planes de cuidados están disponibles en soporte informático, concretamente, en el programa Gacela (Gestión Asistencial de Cuidados de Enfermería Línea Abierta), que es el programa corporativo que se utiliza en la Comunidad Autónoma Gallega.

Actualmente se realiza una valoración integral del paciente según el modelo de las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson, la cual conduce a una serie de diagnósticos de enfermería, factores de relación, objetivos y acciones que están definidos en la base de conocimientos de Gacela. Como medida de mejora que se plantea de cara al futuro estaría la incorporación a la planificación de cuidados de la Taxonomía NANDA-NIC-NOC.

OBJETIVOS

Con este estudio nos hemos planteado dos objetivos principales:

Detectar las áreas de mejora en la planificación de cuidados de enfermería de nuestro hospital.

Evaluar el impacto cuantitativo y cualitativo de la formación impartida.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo prospectivo de la planificación de cuidados de enfermería en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense desarrollado entre enero de 2010 y diciembre de 2012 (periodo de estudio de tres años).

Previamente a la realización del mismo se monitorizaron, dentro del control mensual de calidad que realiza la Dirección de Procesos de Enfermería, las tasas de planes de cuidados (tasa de pacientes ingresados a los que se les realiza un plan de cuidados estándar o individualizado de enfermería) y planes de cuidados iniciados en las primeras 24 horas.

Así mismo, se evaluó la calidad metodológica de los planes de cuidados mediante una parrilla de diseño interno en la que se consideran una serie de apartados, como son: Valoración, Diagnósticos, Planificación y Evaluación.

En el apartado de Valoración se evalúa: si se refleja el motivo de ingreso del paciente, si están valoradas sus necesidades básicas, si se refleja el grado de autonomía para las actividades de la vida diaria (AVD) y el nivel de conciencia del paciente.

En la parte de Diagnósticos se evalúa: si están presentes los diagnósticos de enfermería del paciente (incluidos los diagnósticos de riesgo), si existe al menos un factor de relación y un objetivo para cada diagnóstico, si se reflejan complicaciones potenciales, si se ha realizado evaluación de los objetivos desde la creación del plan y si se han realizado modificaciones en el mantenimiento de los diagnósticos, factores de relación u objetivos del plan.

En el apartado de Planificación se valora: si están presentes acciones encaminadas a paliar o solucionar problemas y acciones dirigidas a prevenir complicaciones potenciales, si se ha realizado modificación en el mantenimiento de las acciones desde la creación del plan, y si se han realizado especificaciones en determinadas acciones (especificación del número de sonda vesical, del flujo de oxígeno...).

Finalmente, en la fase de Evaluación se valoran los comentarios evolutivos de enfermería para ver si reflejan la situación y los diagnósticos del paciente, si siguen la estructura PAE (problema-actuación-evaluación), si hay anotaciones sobre procedimientos o técnicas y si se realiza una valoración del estado del paciente cuando éste llega trasladado de otra unidad o es sometido a una intervención quirúrgica y/o prueba diagnóstica.

Una vez detectadas las deficiencias en la elaboración de los planes de cuidados se establece como proyecto de mejora, dentro del plan formativo del hospital, la formación de los profesionales mediante cursos y talleres impartidos por personal experto en planificación de cuidados y en el programa Gacela. Se impartieron un total de 18 actividades formativas, repartidas en dos niveles, básico y avanzado. Se formaron un total de 192 profesionales de enfermería, entre Diplomados en Enfermería (128) y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (64).

Para evaluar el impacto de la formación, se monitorizaron mes a mes durante el periodo a estudio las tasas de planes de cuidados y planes de cuidados iniciados en las primeras 24 horas (valoración cuantitativa) y se evaluó la calidad metodológica de dichos planes mediante la parrilla de valoración de diseño interno descrita anteriormente y la definición del indicador de proceso tasa de cumplimentación de planes de cuidados (valoración cualitativa).

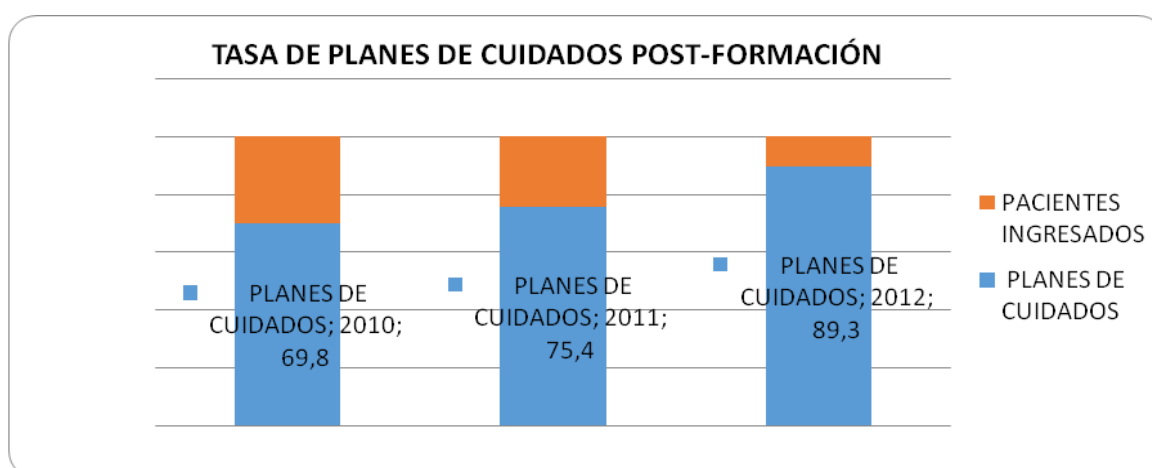
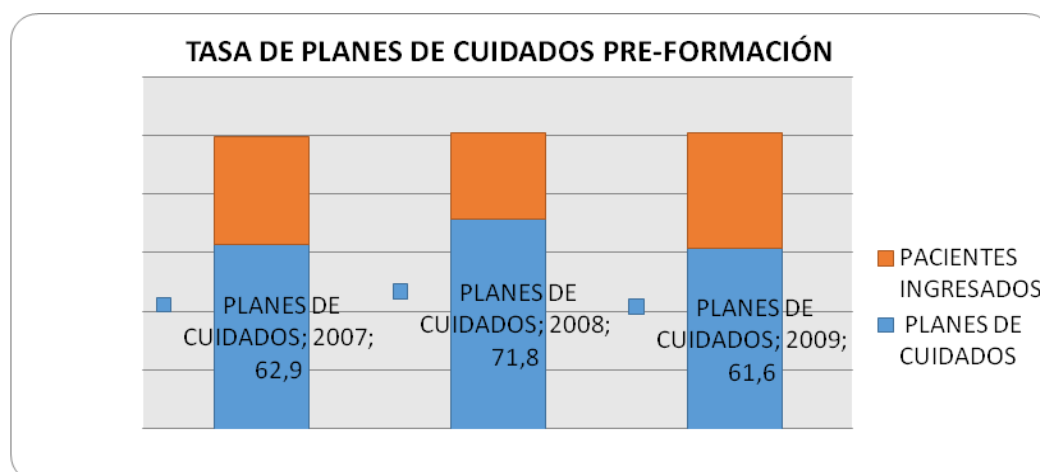
RESULTADOS

Los resultados han sido muy positivos, de forma que se ha producido un notable incremento tanto en la tasa de planes de cuidados, que pasado de un 61,6% pre-intervención a un 89,3% post-intervención, como en la tasa de cumplimentación de planes de cuidados que se ha incrementado en un 11%.

En lo que se refiere a la tasa de planes de cuidados iniciados en las primeras 24 horas el incremento ha sido apenas significativo. Esta tasa era ya muy elevada antes de impartir la formación puesto que, en nuestro hospital, los profesionales de enfermería tienen muy

interiorizado el llevar a cabo la valoración integral del paciente y elaborar un plan de cuidados de enfermería en el momento de ingreso del paciente en la unidad.

Así mismo, nos llama poderosamente la atención que en dos unidades de enfermería con las peores tasas pre-intervención hemos experimentado un incremento notable, pasando de una tasa de planes de cuidados del 21,1% y 18,4% al 77,2% y 85,4% respectivamente.



CONCLUSIONES

Como conclusión final, con este estudio hemos objetivado un salto, tanto cuantitativo como cualitativo, en la planificación de cuidados tras impartir formación por personal experto, siendo esta mejora muy significativa en unidades con carga de trabajo muy importante y poca cultura en planificación de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

Sue Moorhead MJ. Clasificación de Resultados de Enfermería NOC. 4th ed.: Elsevier; 2009.

international N. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014 Barcelona:

Elsevier; 2012.

Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC. 5th ed. Elsevier, editor.; 2013.

Betty J. Ackley GBL. Manual de Diagnósticos de Enfermería. 7th ed. Madrid: Elsevier; 2007.

Gordon M. Manual de Diagnósticos Enfermeros. 10th ed. Madrid: Elsevier; 2006.

María Teresa Luis Rodrigo Carmen Fernández Ferrín, María Victoria Navarro Gómez. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3rd ed. Barcelona: Elsevier Doyma, SL; 2005.

Griffith-Kenney J CP. Nursing Proess: Application of theories, frameworks and models St Louis: 2ªedic; 1986.

VENTAJAS DE LA UTILIZACIÓN DE UNA APP NANDA-NOC-NIC PARA LA ELABORACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS

AUTOR/ES

Aurora Ales-Portillo, Antonio Luis Partida-Márquez, Antonio Trigos-Jurado, José Ignacio Villar-Navarro, José Alonso González-Vargas, Esperanza Pozo-Cambeiro.

INTRODUCCIÓN

El aumento de usuarios de Smartphone está siendo exponencial, utilizándose en la vida diaria cada vez por más personas. El móvil ha dejado de ser un instrumento para hablar por teléfono para pasar a ser una herramienta que posibilita otras formas de comunicación (mensajería instantánea, correo electrónico, redes sociales...), de ocio, de información, etc. Por ello también asistimos al creciente desarrollo de aplicaciones para teléfonos móviles inteligentes que pretenden ayudarnos en nuestro día a día desde una plataforma totalmente accesible. Podemos decir que existen aplicaciones para todo: organizadores, calculadoras, recursos de ocio y tiempo libre, guías, y un largo y variado etcétera.

El ámbito de la salud no es ajeno a esta invasión tecnológica, y cada día tenemos conocimiento de nuevas herramientas para la gestión de la salud que se ofertan para que las podamos utilizar desde nuestros propios teléfonos: solicitud de citas, recordatorios para la toma de la medicación, agendas para el control de signos vitales, soportes de apoyo en la realización de dietas...

La profesión enfermera también está constatando la realidad social y comunicacional cambiante que estamos viviendo, siendo conscientes de una relación entre cuidados y tecnología cada vez más cotidiana. Por ello también crece el número de enfermeros y enfermeras que usan apps en su trabajo diario y durante la formación pregraduada o de perfeccionamiento profesional, a la vez que aumenta la oferta de dichas aplicaciones como herramientas de ayuda en el cuidado.

OBJETIVOS

Analizar una aplicación para dispositivos telefónicos móviles sobre las taxonomías NANDA, NOC y NIC y su repercusión en la elaboración de planes de cuidados.

MATERIAL Y MÉTODO

Se hizo una búsqueda en la red y en los mercados de aplicaciones de móviles rastreando la existencia de aplicaciones para enfermería con los descriptores "taxonomía", "NANDA", "NOC", "NIC" y/o "enfermería", encontrando sólo una aplicación NANDA-NOC-NIC.

Se creó un grupo de trabajo en red con diez enfermeras y enfermeros de distintos perfiles profesionales y ámbitos laborales interesados en la valoración de la plataforma app NANDA-

NOC-NIC mediante un muestreo de conveniencia. Cada profesional asistencial examinó la aplicación de forma global y la utilizó en su trabajo como apoyo en la realización de planes de cuidados reales. Los enfermeros con dedicación docente o de gestión hicieron el análisis global y estudiaron la fidelidad de la aplicación a las taxonomías editadas.

Las provincias donde se desarrolló el trabajo del grupo fueron Cádiz, Málaga y Sevilla. Para la comunicación en red se utilizó el correo electrónico, la aplicación de mensajería instantánea Whatsapp y el motor de archivos compartidos Dropbox.

Se examinó la aplicación mediante el sistema de análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades de Mejora) y se compartieron los resultados individuales sintetizando los resultados en una parrilla final aprobada por el grupo.

Análisis de los datos.

Descripción de la muestra.

Existe paridad de género entre los profesionales participantes. De los diez enfermeros/as 5 tienen entre 10 y 20 años de experiencia profesional (50%), 1 más de 30 años de experiencia, 2 entre 20 y 30, y otros 2 menos de 10 años de experiencia. En cuanto al ámbito de desarrollo profesional, 7 enfermeros/as tienen actividad predominantemente asistencial (70%) (de ellos 3 realizan su trabajo en atención primaria y 4 en atención hospitalaria), 2 actividad docente, y 1 de gestión. No han participado profesionales con dedicación exclusiva a la investigación.

Descripción de la plataforma.

La app NANDA-NOC-NIC de EDUCSA está disponible para sistemas iPhone y Android (se ha probado en ambos sistemas). Se ha utilizado la aplicación Pro, la más completa, ya que existen versiones de prueba (Lite) y reducida (Student), incompletas. Incluye los diagnósticos NANDA 2012-2014, Resultados (NOC 4ª edición) e Intervenciones (NIC 5ª edición), y los libros de interrelaciones (Vínculos) en sus últimas versiones editadas. Permite la consulta ágil y cómoda de todos los diagnósticos, objetivos e intervenciones, así como de sus interrelaciones, sin necesidad de tener acceso a internet una vez descargada la aplicación.

Se pueden realizar búsquedas por códigos, etiquetas, características definitorias/factores de la NANDA, Indicadores de la NOC, Actividades de la NIC y por especialidades de enfermería de la NOC y NIC. Se puede personalizar la consulta creando un menú de Favoritos tanto de Diagnósticos, como de Resultados e Intervenciones, así como añadir comentarios. Y existe la posibilidad de enviar por e-mail el Diagnóstico, Resultado o Intervención que se tenga en ese momento abierto en la pantalla.

Análisis DAFO.

Debilidades:

No se puede elaborar el plan de cuidados sobre la marcha. La aplicación es una herramienta para consulta, no para la elaboración de planes de cuidados.

Los listados sólo se encuentran por códigos, no se pueden obtener listados por orden alfabético ni por necesidades/patrones, dominios, etc.

Los resultados no se pueden buscar por "dominios". Las intervenciones no se pueden buscar por "campos" y "clases".

No hay información sobre el número total de diagnósticos, resultados e intervenciones.

En la NANDA no queda recogida la información sobre los niveles de evidencia.

En ningún diagnóstico, resultado o intervención se puede acceder a la bibliografía asociada.

Amenazas:

Posibilidad de que surjan otras aplicaciones no profesionales, si se descubre como oportunidad de negocio, en detrimento de la fidelidad al lenguaje unificado.

Resistencia o lentitud de los sistemas sanitarios frente al avance tecnológico.

Fortalezas:

Fidelidad a los libros.

Actualización.

Permite la consulta en el trabajo domiciliario o comunitario, fuera de la red formal de asistencia.

Motores de búsqueda útiles en factores relacionados y características definitorias (NANDA), indicadores (NOC) y actividades (NIC).

Rapidez. Agilidad.

Permite búsquedas de texto incompleto.

Búsquedas en la NOC y en la NIC por especialidades.

Precio asequible.

Comodidad y accesibilidad en la consulta.

Elaboración profesional.

Multiplica la posibilidad de acceso de los profesionales: permitiría que cada persona pudiera acceder a la consulta, sin tener que utilizar un solo conjunto de libros en cada unidad.

Oportunidades de mejora:

Posibilidad de pasar la información de la consulta a un archivo (tipo word o reader) para poder elaborar planes de cuidados directamente, mediante la selección de diagnósticos, objetivos, resultados, intervenciones y actividades.

Posibilidad de hacer búsquedas avanzadas o múltiples.

Añadir enlaces para ampliar la información contenida en los libros (introducciones, índices, bibliografía, etc).

Sugerir vínculos NOC y NIC para los diagnósticos nuevos.

RESULTADOS

La aplicación NANDA-NOC-NIC es única en el mercado actual, contiene las últimas ediciones publicadas actualizadas, permite realizar búsquedas por código, etiqueta diagnóstica, características definitorias/factores NANDA, indicadores NOC, actividades NIC, y por especialidades enfermeras registradas en NOC y NIC.

Las debilidades detectadas, amenazas y oportunidades de mejora no restan interés a la aplicación, que valoramos como funcional, cómoda, económica y accesible, y abren camino al avance tecnológico al que se pueden sumar las ventajas y fortalezas de una herramienta útil en todos los campos de actuación enfermera.

CONCLUSIONES

Si en la teoría, las ventajas de esta aplicación son buenas, en la práctica se demuestran totalmente útiles: cómoda, rápida, económica, y moderna, a la vanguardia de los cuidados, restando inconvenientes que tradicionalmente se han achacado al trabajo con el lenguaje unificado, como la incomodidad de tener que manejar grandes libros.

El potencial de que nos pueden brindar las herramientas de los smartphones en el trabajo diario queda constatado con esta aplicación que permite un apoyo ágil y actualizado para la elaboración de planes de cuidados. Además nos sugiere otro mundo de posibilidades diferentes de “estar en el cuidado”, adaptándonos a los tiempos de omnipresencia tecnológica.

BIBLIOGRAFÍA

Fernández-Salazar, Serafín; Ramos-Morcillo, Antonio Jesús. Prescripción de links y de aplicaciones móviles fiables y seguras, ¿estamos preparados para este nuevo reto?.Evidentia. 2013 abr-jun; 10(42).

Fika Hernando ML, Martín Ferrer JM, Martínez Rodríguez MP, Chas Barbeito MC. Implementación de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación en la docencia de enfermería. Educare. 2007; 33.

Tejada Domínguez FJ, Ruiz Domínguez MR. Aplicaciones de Enfermería basadas en TIC's. Hacia un nuevo Modelo de Gestión. ENE, Revista de Enfermería. 2010; 4(2): 10-18.

Martínez Corbalán ED, López Montesinos MJ. El conocimiento y aplicabilidad de las nuevas tecnologías en el profesional de enfermería. RECIEN. 2011; 2.

Domingo Pozo, Manuela; Ávila Olivares, José Antonio; Fernández Molina, Miguel Ángel; Escobar, Manuel. Aplicación de la evidencia a la práctica clínica a través de las apps de cuidados: escala EVA y escala Downton. Rev Paraninfo Digital, 2013; 19.

http://www.educsa.es/aplicacion_nanda_noc_nic

NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier España; 2013.

Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Cuarta Edición. Madrid: Elsevier/Mosby; 2008.

Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Quinta Edición. Madrid: Elsevier/Mosby; 2008.

INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES AS A TOOL FOR NURSING TAXONOMY LEARNING

AUTOR/ES

Alberto Cruz-Barrientos, Concepción Mata-Pérez, Isabel Lepiani-Díaz, Juan Carlos Paramio-Cuevas, Alonso Núñez-Núñez, Concepción Mejías Marquez

PALABRAS CLAVE

Taxonomy, Education, ICT

INTRODUCCIÓN

If we look back we can see that Spain was far behind in teaching subjects about their European neighbors, but It has made a development and an update to compensate for this very remarkable deficit. There is no more to remember that back in the '60s, we still wrote with pen and charcoal pencil, of course, the teacher was based simply and exclusively on the textbook, blackboard and chalk. It was not until 1965 when France authorizes the use of BIC pen crystal in class, and Spain It come with more than a decade late to the classroom. In the late 70s, It showed up the first mainframe which worked with operating systems based on commands and it followed paradigms batch jobs. In the mid- 80s, mid-range PC burst into markets with exorbitant prices. The University opted for this technology, giving the main use of workstations, which later on could be connected to host computers with greater capacity. In the late '80s, with the need for a method of communication and exchange of information, especially scientific, It started up in 1988 by the National Plan for Research and Development, a program for the interconnection of Information Resources (IRIS) in research centers. The Red IRIS was the method of connecting computers at Spanish and later on it emerged important programs.(1)Nobody can deny that from the 90 growth has been constant, although this growth has been marked by milestones that It has affected without broadcasting exponentially. Examples of these landmarks are the appearance of graphical operating systems attractive for the user in handling and intuitive, mouse, graphics -based menus, or browsers as coveted flat rate and the recent broadband ADSL modem programs. The University world has not stayed impassive to these changes, quite the opposite as it has been a clear driver of this and other technologies that It has actively applied, teaching and research. Acts as the need to transfer data between researchers, access to literary resources and on the other hand, automation and computerization of teaching qualifications, techniques originally, to be recently continued by all kinds of higher education. Thus, with breaking actuality talking about full virtualization degrees. In general, who can deny that education has undergone a revolution with the emergence of Information Technology and Communication? However, it is common sense to understand that

in a society more technological and globalize, changes are good and acceptable whenever it will lead us towards a more efficient and higher quality education.(2.3)With this purpose of improving It began the movement toward European Convergence of Higher Education, the Sorbonne Declaration in 1998, collected and expanded in subsequent joint Bologna Declaration, It celebrated the following year. The ultimate goal It is the achievement of a European Higher Education where ICTs occupy a distinguished position as a basic key to storage and reuse, as well as the fundamental processes of Transmission and Learning of Knowledge.(4)"What Does the Future Hold?". It is a question that man has done throughout history. The answer is almost always as uncertain as disturbing, but if we settle on the application of ICT into the university academic environment, the answer is still uncertain, but the trend is clearly upward: keep innovating on the implementation and use of technological information and communication resources in the fields of research and teaching. (5)

OBJETIVOS

To improve the approach to ICT within the university.

To teach students NANDA taxonomy (6, 7, 8) and its application in solving situations / case studies through the use of ICT.

To assess the software tool as a methodology in the teaching / learning of Nursing.

MATERIAL Y MÉTODO

The study is observational descriptive and transversal with a quantitative and qualitative methodology.

It was conducted at the School of Nursing "Salus Infirmorum" attached to the University of Cadiz. The sample consisted in 133 volunteers (students of second nursing degree). A four level likert questionnaire (pretty, much, little, none) was answered by subjects. In addition, a semi-structured interview was video recorded.

RESULTADOS

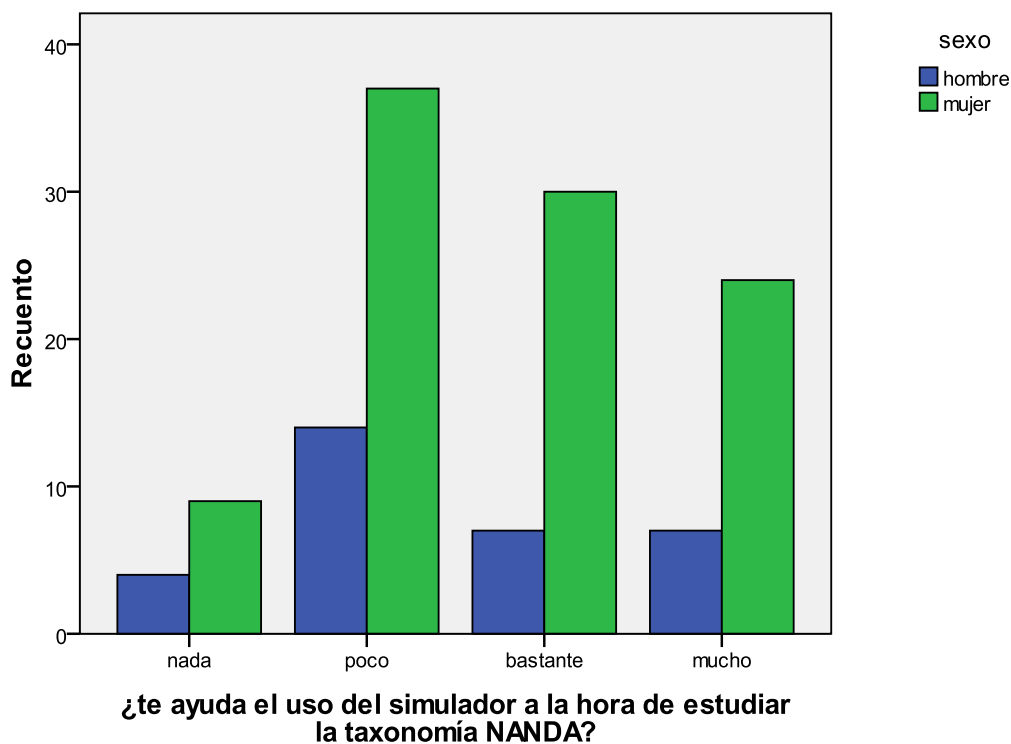
To synthesize results of questionnaires and interviews, a table of categories was used which framed the questions and objectives of the study

ICT's use was in general satisfactory for the subjects and also the satisfaction index was higher in females than in males.

RANK	QUESTION	OBJETIVE
Student's knowledge of the diagnostic taxonomy	Does support you the use of the simulator to study NANDA taxonomy?	To teach students NANDA taxonomy and its application in solving situations / case studies through the use of ICT.

Possible uses of the simulator	Do you like the use of ICT in the subject? Does it make easier the use of informatic tool applying in clinical cases? Do you think it would be good use the program to other subjects that it was possible?	To improve the approach to ICT within the university. To teach students NANDA taxonomy and its application in solving situations/case studies through the use of ICT. To assess the software tool as a methodology in the teaching/learning of Nursing.
Acceptance of the computer program	Does it improve the subject with the informatic tool? Is it easy to use the didactics simulator? Is it a good way of learning?	To teach students NANDA taxonomy and its application in solving situations/case studies through the use of ICT.
Improvement of the Program	Is it possible to improve the program? How can we improve the program?	Find out possible improvements that the program should have in order to facilitate the use of the didactics tool to students

Gráfico de barras

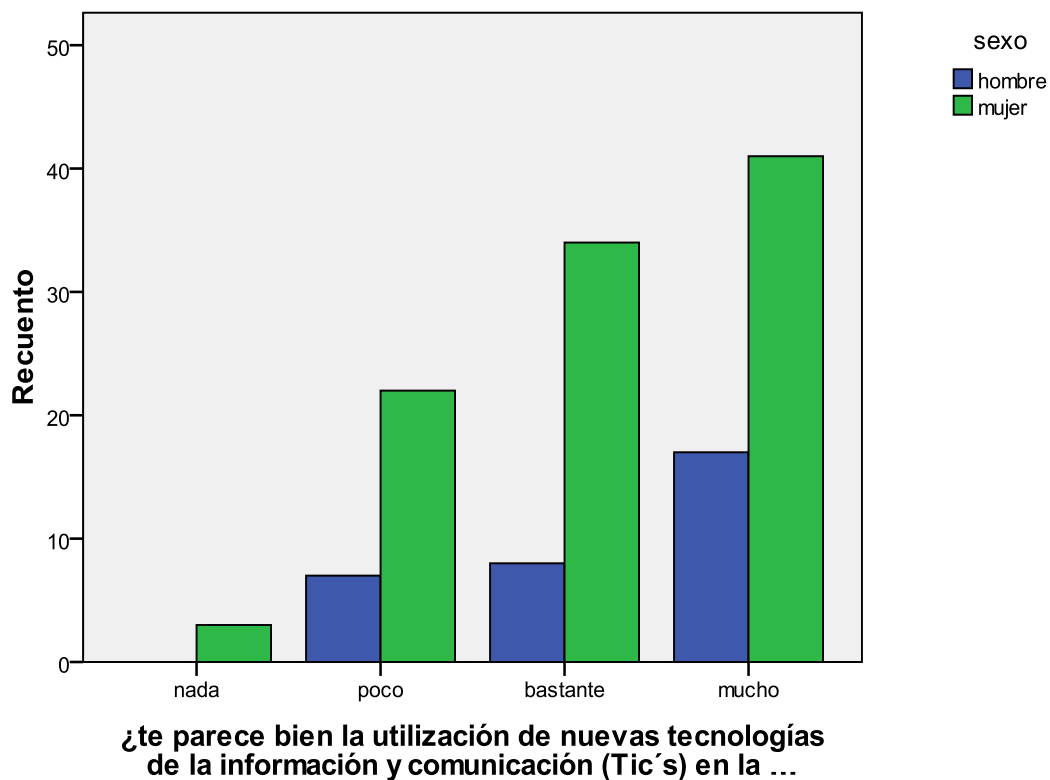


In the interviews we can draw the following reviews:

"Yes, because in the search at the same time you are learning". (Interview nº3)

"Yes. It's much easier." (Interview nº 7)

Gráfico de barras

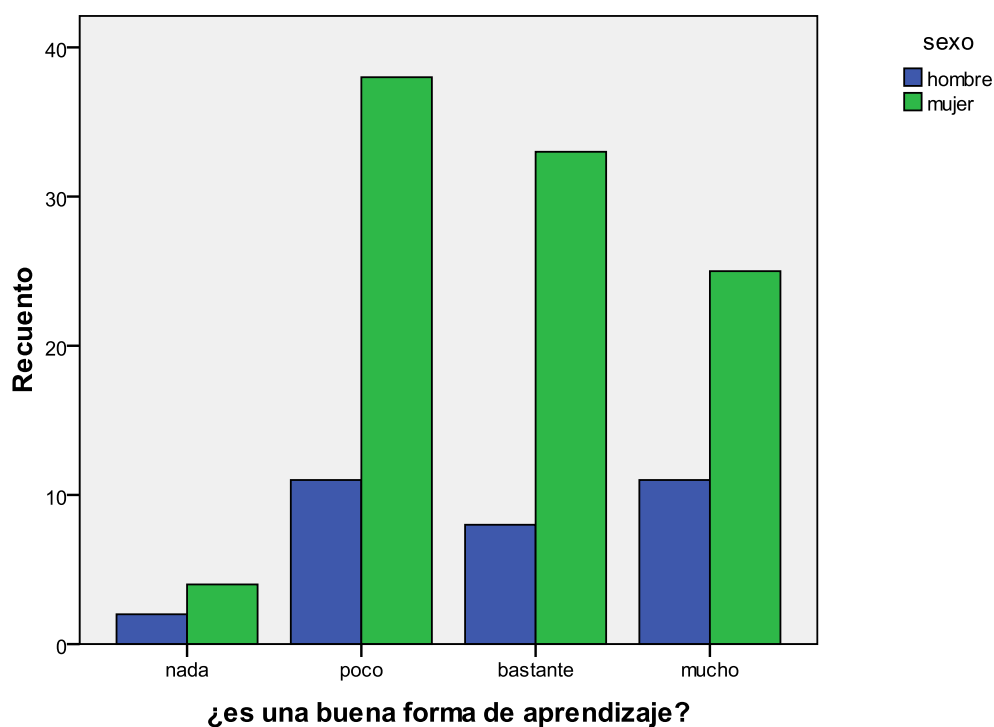


In the interviews we can draw the following reviews:

"yes, because when we look for something we learn better and also It is easier to understand". (Interview nº3)

"Yes, you learn before I think". (Interview nº 7)

Gráfico de barras



"I have known the old teaching, and to be honest It has nothing to do with education as it was before. Because education was just rough dictation. It was dictated, written, and we learn with that method. Today we have an online tool, the virtual campus, which is great. I cannot imagine having the amplitude and knowledge that it can be acquired. "(Interview nº 5)

CONCLUSIONES

Our study supports the usefulness of ICT for students in order to learn and dominate NANDA taxonomy.

On the other hand we also confirm the acceptance the program has had to improve the approach to ICT as a methodology.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Adell J; De Pablos J; Jiménez J. Nuevas Tecnologías, comunicación audiovisual y educación. Barcelona: Cedecs; 2002.
- (2) Ríos Ariza JM; Cebrián M. Nuevas Tecnologías de la información y de la comunicación aplicadas a la educación. Aljibe; 2000.

(3) Valverde J, Garrido MC. "El Impacto de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en los Roles Docentes Universitarios". Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado 1999.

(4) Declaración conjunta de los ministros europeos de educación reunidos en Bolonia. Available at: <http://www.aneca.es>. Accessed 06/19/1999.

(5) Social Media. 2008; Available at: http://www.youtube.com/watch?v=qgTNZcSDiUk&feature=player_embedded.

(6) Luis Rodrigo MT. Inicio, evolución y estado actual de la taxonomía diagnóstica de la NANDA-I. Los diagnósticos Enfermeros. 8º ed. Barcelona: Elsevier; 2008.

(7) Carpenito.L.J. "Diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica." 9º ed, Ed: McGraw Hill. Interamericana. Madrid; 2003.

(8) Johnson M; Bulechek G; Butcher H; McCloskey Dochterman J; Maas M; Moorhead S; Swanson E. "Interrelaciones NANDA, NOC y NIC", Ed: Elsevier Mosby. Barcelona; 2007.

THE USE OF A CLINICAL REASONING WEB IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS

AUTOR/ES

Fernanda Raphael Escobar Gimenes¹, Patricia Costa dos Santos da Silva¹, Andréia Regina Lopes Grigoletto², Renata Karina Reis¹

INTRODUCTION

Liver cirrhosis is the leading cause of chronic liver disease in developed countries. In the United States of America (USA), liver cirrhosis results in more than 400,000 hospitalizations and in 27,000 deaths annually. The disease also accounts for 75% of unplanned readmissions to Gastroenterology and Hepatology unit in Australian hospitals (Wigg, McCormick, Wundke, & Woodman, 2013).

In Brazil, there is a significant increase in the prevalence of liver cirrhosis in the population, especially among the elderly. Cirrhosis is the eighth-leading cause of death among men and accounted for almost 9.0% of hospital admissions in 2010 (Barros, Francisco, Zanchetta, & César, 2011; Brasil, 2008).

The prevalence of malnutrition in these patients is also a challenge, representing 20% to 90%. Patients who are unable to meet nutrient needs should be considered candidates for enteral tube feeding in order to ensure daily nutritional requirements (Saunders, Brian, Wright, & Stroud, 2010; Tai, Goh, Mohd-Taib, Rampal, & Mahadeva, 2010). However, the need for a feeding tube may pose patients at great risk for adverse events due to higher probability of bleeding, especially in the presence of esophageal varices, thrombocytopenia or coagulopathy (Andus, 2007). Thus, it is a concern for health care team to make an accurate and timely diagnosis of such complications and the delivery of the correct treatment to safe management of patients with liver cirrhosis.

THEORETICAL FRAMEWORK

The health care environments where nurses actual work are complex because of the changes in the demographic profile and in the epidemiology, resulting in increased life expectancy in the last century, but also in a significant increase of people with chronic conditions. The constant changes in clinical status of these patients require quick and assertive decision-making.

In this context, experts agree that a new model of thinking are needed to facilitate rapid, accurate, and strategic care planning processes and care delivery for patients with complex health problem in a complex and technological environment (Park, 2010). The Outcome-Present State-Test (OPT) model of clinical reasoning provides a conceptual structure for standardized

languages. For example, the “present state” is defined as NANDA International, Inc. (NANDA-I) diagnosis; while outcomes serve as desired states and are defined in terms of NOC (Nursing-Sensitive Outcomes Classification). Finally, the nursing actions that help patients to transition from problems state to desirable outcome states are defined as NIC (Nursing Interventions Classification). All the standardized nursing language (NANDA-I, NOC, NIC) represent relationships between and among nursing diagnosis, interventions and outcomes (Johnson & North American Nursing Diagnosis, 2006; Kautz, Kuiper, Pesut, & Williams, 2006).

The application of the OPT model starts with creating a clinical reasoning web that enables nurses to determine multiple nursing diagnoses relationships, through the identification of the keystone problem or the priority focus of care. In this sense, nurses are able to note the nursing diagnosis with the most arrows in the web supporting that this diagnosis has an impact on the other related diagnoses in the patient’s situation (Kuiper, Heinrich, Matthias, Graham, & Bell-Kotwall, 2008).

The present study is justified by the lack of publications addressing the nursing diagnoses in clinical patients with liver cirrhosis worldwide. Several studies identified the most frequent nursing diagnoses in different populations, but none in patients with liver cirrhosis (Ouslander, Diaz, Hain, & Tappen, 2011; Scherb et al., 2011; Souza, Mata, Carvalho, & Chianca, 2013). In addition, few studies of clinical reasoning have been conducted in a practice setting (Simmons, Lanuza, Fonteyn, Hicks, & Holm, 2003), and no studies focusing on clinical reasoning in patients with liver cirrhosis where published.

The aim of this study was to identify the priority focus of care using a clinical reasoning web in patients with liver cirrhosis in use of feeding tube.

METHODS

We conducted a descriptive research in a Brazilian University Hospital, in São Paulo state to identify the priority focus of care using a clinical reasoning web in patients with liver cirrhosis in use of feeding tube. The study participants consisted of a convenient sample of 20 hospitalized adult patients. We excluded from our study patients in use of percutaneous *enteral feeding tubes*. Unconscious patients or patients with cognitive impairment were included in our study after their family’s written consent. Data were collected from January 2013 to December 2013 and the study was approved by the appropriate ethics committee. Patients and/or their families were assured that their identity would remain confidential and they signed a consent form voluntarily.

We conducted a systematic data collection that included interaction, observation, and measurement. Data were also collected from other resources, including family and significant others, medical records, results of diagnostic tests, nursing notes, change of shift reports, and

health team members. The instrument used for data collection was developed by the investigators and it was validated for its appearance and content, according to the recommendations of Rubio, Berg-Weger, Tebb, Lee, & Rauch (2003). The instrument was based on the Conceptual Model of Wanda (Horta, 1979), the first nurse to introduce the concept of nursing process in Brazil. This model is based on the concept of the Hierarchy of Basic Human Needs proposed by Maslow (1943), which influence human behavior. According to Horta, human needs are classified into three levels namely the psychobiological, psychosocial, and psychospiritual (Neves, 2006). We also followed the guidelines proposed by Risner (1986) for the diagnostic reasoning, which included six phases for analysis and synthesis of data.

After analysis and synthesis of all patients' relevant data, we described the nursing diagnosis according to NANDA-I terminology. We then used a clinical reasoning web to identify the priority focus of care. NANDA-I keystone issue was chosen for each patient based on an analysis and synthesis of functional relationships among competing nursing diagnosis (Kuiper, et al., 2008).

RESULTS

The study sample consisted of 20 hospitalized patients with liver cirrhosis in use of feeding tube. From those, 6 (30.0%) were females and 14 (70.0%) were males, with an average age of 56.3 and 59.7, respectively. The age range was from 28 to 81 years, and almost half ($n = 11$) of the patients were middle adults (from 41 to 64 years); 93.8% had incomplete lower secondary education.

The most common causes of liver cirrhosis were chronic alcoholism (10,50.0%), followed by other etiologies (6,30.0%), and viral infection (4,20%). All patients had other comorbidities, including arterial hypertension, diabetes mellitus, or renal disease.

At hospital admission, patients presented common complications related to liver cirrhosis: hepatic encephalopathy (7,35.0%); previous gastrointestinal hemorrhage and spontaneous bacterial peritonitis (6,30.0% each); severe weight loss (5,25.0%); ascites, esophageal varices, and hepatopulmonary syndrome (3,15.0% each); and portal hypertension (2,10.0%).

From the analysis and synthesis of patients' relevant data, we identified 255 nursing diagnosis. Each patient had an average of 12.8 nursing diagnoses with a minimum of 9 to maximum of 16; 36 different nursing diagnosis were identified in our sample and 18 nursing diagnosis showed percentage equal to or greater than 25% (Table 1).

Table 1. Overall frequencies of NANDA-I diagnoses for patients with liver cirrhosis in use of feeding tube ($N=20$)

NANDA-Is	Frequency	Percent	*Cum%

Risk for aspiration	20	10.0	100
Risk for infection	20	10.0	100
Bathing self-care deficit	18	9.0	90.0
Dressing self-care deficit	17	8.5	85.0
Risk for bleeding	17	8.5	85.0
Risk for impaired skin integrity	16	8.0	80.0
Risk for acute confusion	15	7.5	75.0
Risk for falls	14	7.0	70.0
Imbalanced nutrition: less than body requirements	12	6.0	60.0
Excess fluid volume	12	6.0	60.0
Dysfunctional gastrointestinal motility	11	5.5	55.0
Risk for constipation	11	5.5	55.0
Impaired bed mobility	8	4.0	40.0
Toileting self-care deficit	7	3.5	35.0
Fatigue	6	3.0	30.0
Disturbed sleep pattern	5	2.5	25.0
Feeding self-care deficit	5	2.5	25.0
Acute confusion	5	2.5	25.0
Impaired skin integrity	3	1.5	15.0
Impaired physical mobility	3	1.5	15.0
Ineffective airway clearance	3	1.5	15.0
Diarrhea	3	1.5	15.0
Risk for unstable blood glucose level	3	1.5	15.0
Impaired oral mucous membrane	2	1.0	10.0
Ineffective coping	2	1.0	10.0
Anxiety	2	1.0	10.0
Impaired gas exchange	2	1.0	10.0
Impaired walking	2	1.0	10.0
Acute pain	1	0.5	5.0
Constipation	1	0.5	5.0
Chronic pain	1	0.5	5.0
Risk for imbalanced fluid volume	1	0.5	5.0
Risk for suicide	1	0.5	5.0
Hyperthermia	1	0.5	5.0
Activity intolerance	1	0.5	5.0

Note. The bold are the 18 nursing diagnosis with percentage equal to or greater than 25%

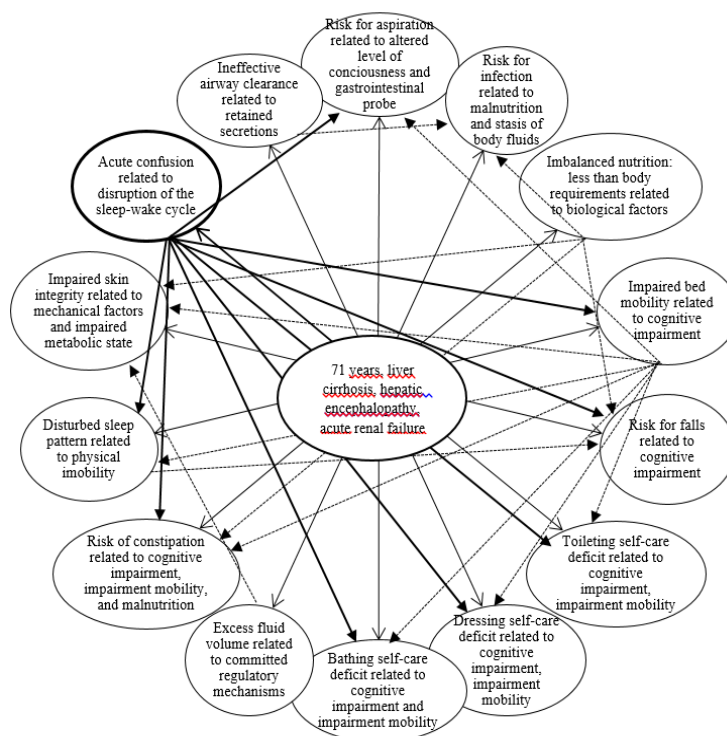
**Cum% = Cumulative Percent*

The most frequent domains for these patients were: Domain 4 - Activity/Rest (31.0%) and Domain 11 - Safety/Protection (28.0%), followed by Domain 3 - (Elimination and Exchange) and Domain 2 - (Nutrition) (Figure 2). We did not identified diagnoses from Domain 1 (Health Promotion), Domain 6 (Self Perception), Domain 7 (Role Relationships), Domain 8 (Sexuality), and Domain 10 (Life Principles).

When we analyzed the class level of the nursing diagnosis identified in our sample, Physical injury (19.0%), Self-care (11.0%), and Gastrointestinal function (11.0%) were the most frequent.

Using a clinical reasoning web we identified the priority focus of care for each patient. Figure 1 shows an example of application of a clinical reasoning web in one patient with liver cirrhosis in use of feeding tube. According to the example, resolving the nursing diagnosis "Acute Confusion" also may resolve the 8 related nursing diagnosis.

Figure 1. Example of application of a clinical reasoning web in one patient with liver cirrhosis in use of feeding tube



Note: Acute confusion is the keystone issue

The most frequent keystone issues identified in these patients: Imbalanced nutrition: less than body requirements (8,40.0%); Acute confusion (6,30.0%); Impaired physical mobility (2,10.0%); Impaired bed mobility (2,10.0%); Impaired walking (1,5.0%); and Fatigue (1,5.0%).

CONCLUSION

Patients with liver cirrhosis in use of feeding tube are in constant risk for adverse events, requiring appropriate management of complications. Nurses need to develop effective skills to properly diagnose and institute appropriate treatment.

The use of a clinical reasoning web in patients with liver cirrhosis in use of feeding tube enabled to choose a priority focus of care for each patient based on an analysis and synthesis of functional relationship among competing nursing diagnosis. Such system thinking may be used in all nurses' clinical settings and can help nurses to organize patient care in order to provide competent and safe care, thus, to improve patient outcomes.

REFERENCES

- Andus, T. (2007). ESPEN guidelines on enteral nutrition: liver disease - tube feeding (TF) in patients with esophageal varices is not proven to be safe *Clin Nutr* (Vol. 26, pp. 272; author reply 273-274). England.
- Barros, M. B. d. A., Francisco, P. M. S. B., Zanchetta, L. M., & César, C. L. G. (2011). Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 3755-3768.
- Brasil, M. d. S. (2008). *Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde*. Brasília.
- Horta, W. d. A. (1979). *Processo de enfermagem*. São Paulo: E.P.U.
- Johnson, M., & North American Nursing Diagnosis, A. (2006). *NANDA, NOC, and NIC linkages: nursing diagnoses, outcomes, & interventions*. Mosby Elsevier.
- Kautz, D. D., Kuiper, R., Pesut, D. J., & Williams, R. L. (2006). Using NANDA, NIC, and NOC (NNN) language for clinical reasoning with the Outcome-Present State-Test (OPT) model. *Int J Nurs Terminol Classif*, 17(3), 129-138.
- Kuiper, R., Heinrich, C., Matthias, A., Graham, M. J., & Bell-Kotwall, L. (2008). Debriefing with the OPT model of clinical reasoning during high fidelity patient simulation. *Int J Nurs Educ Scholarsh*, 5, Article17.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.

Neves, R. d. S. (2006). Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de reabilitação segundo o modelo conceitual de horta. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59, 556-559.

Ouslander, J. G., Diaz, S., Hain, D., & Tappen, R. (2011). Frequency and Diagnoses Associated With 7- and 30-Day Readmission of Skilled Nursing Facility Patients to a Nonteaching Community Hospital. *Journal of the American Medical Directors Association*, 12(3), 195-203.

Park, H. (2010). *NANDA-I, NOC, and NIC linkages in nursing care plans for hospitalized patients with congestive heart failure*. Univerity of Iowa, Univerity of Iowa.

Risner, P. (1986). Diagnosis: analysis and synthesis of data. In J. Griffith-Kenney & P. Christensen (Eds.), *Nursing Process application of theories, frameworks, and models* (2 ed., pp. 124-151). St. Louis: Mosby.

Rubio, D., Berg-Weger, M., Tebb, S., Lee, E., & Rauch, S. (2003). Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. [Article]. *Social Work Research*, 27(2), 94-104.

Saunders, J., Brian, A., Wright, M., & Stroud, M. (2010). Malnutrition and nutrition support in patients with liver disease. *Frontline Gastroenterology*, 1(2), 105-111.

Scherb, C. A., Head, B. J., Maas, M. L., Swanson, E. A., Moorhead, S., Reed, D., et al. (2011). Most Frequent Nursing Diagnoses, Nursing Interventions, and Nursing-Sensitive Patient Outcomes of Hospitalized Older Adults With Heart Failure: Part 1. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 22(1), 13-22.

Simmons, B., Lanuza, D., Fonteyn, M., Hicks, F., & Holm, K. (2003). Clinical reasoning in experienced nurses. *West J Nurs Res*, 25(6), 701-719; discussion 720-704.

Souza, C. C. d., Mata, L. R. F. d., Carvalho, E. C. d., & Chianca, T. C. M. (2013). Diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do Protocolo Manchester. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47, 1318-1324.

Tai, M.-L., Goh, K.-L., Mohd-Taib, S., Rampal, S., & Mahadeva, S. (2010). Anthropometric, biochemical and clinical assessment of malnutrition in Malaysian patients with advanced cirrhosis. [10.1186/1475-2891-9-27]. *Nutrition Journal*, 9(1), 27.

Wigg, A. J., McCormick, R., Wundke, R., & Woodman, R. J. (2013). Efficacy of a Chronic Disease Management Model for Patients With Chronic Liver Failure. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 11(7), 850-858.e854.

MODELO DE CUIDADOS EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS. DIEZ AÑOS DE PRÁCTICA REFLEXIVA

AUTORES

Susana de Castro-García; Ana Bocanegra-Pérez; Ángeles Ríos-Ángeles; M^a del Carmen García-Cazalilla; Ana M^a Rojas-Jiménez; Justi de la Cruz-Fernández. Enfermeras de Emergencias Sanitarias. Componentes del Grupo regional de Cuidados de EPES. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas sociales de la Junta de Andalucía.

INTRODUCCION

El cuidado del paciente en emergencias es un objetivo estratégico de nuestra organización desde hace más de una década.

En 2004 el grupo de Cuidados regional impulsa a través del “Marco conceptual del proceso enfermero en la atención extrahospitalaria”, el cambio en el rol profesional: del predominio de las técnicas al cuidado integral del paciente. Ya entonces hubo que enfrentarse a muchos cuestionamientos sobre el tema, tanto internos como externos. La cuestión era y es clara: En la atención extrahospitalaria, en la urgencia y emergencia se puede y se debe cuidar de forma integral al paciente.

Cuidamos no solo la esfera Fisiológica relacionada con la situación de base del paciente y la patología que presente en ese momento sino también la emocional; qué respuesta tiene cada persona a la situación que está viviendo, a una situación que puede suponer una ruptura total con su vida y que acontece de manera brusca y repentina, en función de la situación urgente o emergente que haya ocurrido. O la respuesta a un empeoramiento en su situación de salud en caso de pacientes con reagudizaciones de su enfermedad, o en pacientes en el final de la vida.

Cuidamos la Esfera Social o relacional o de Soporte afectivo y del entorno del paciente. Facilitando la presencia de la familia, no solo en el acompañamiento del paciente en la UVI móvil, sino durante la asistencia del Equipo de Emergencias (EE) o Equipo de Coordinación Avanzada (ECA). Implicando a la familia en el cuidado del paciente como elemento de seguridad, ya que es la familia en muchos casos la que aporta información relevante sobre la situación previa del paciente; y como elemento de sostenibilidad porque nuestra sociedad está repleta de cuidadoras/es informales que día a día asisten y por tanto cuidan al paciente en su entorno más íntimo. Y por último, la esfera “espiritual”, los valores de esa persona, los que se ha dado así misma o ha adquirido a lo largo de su vida y que han hecho posible su proyecto vital. Valores que modulan la atención sanitaria de nuestros equipos orientando la toma de decisiones compartida en el contexto de la urgencia y la emergencia.

Si bien desde nuestros inicios, hemos considerado los conceptos definidos por Virginia Henderson como la base de nuestro Metaparadigma de Cuidados, éstos han ido evolucionando. Por el gran desarrollo legislativo en salud, el progreso de la atención extrahospitalaria, el perfil de pacientes que atendemos, las relaciones que precisamos mantener y mejorar con otros niveles asistenciales y la reflexión continua que hacemos sobre el impacto que tienen nuestros cuidados en la salud de los pacientes – familias atendidos. Todo esto en el contexto de la atención multidisciplinar urgente y emergente que facilita la toma de decisiones conjunta en el equipo sanitario y con el paciente-familia asistido.

Estas influencias nos permiten, aunque pueda parecer prematuro, avanzar cómo se van conformando estos conceptos en nuestro ámbito a día de hoy. Podemos esbozar estas claves de la siguiente forma:

CUIDADO: Aplicación de la metodología proceso enfermero para cuidar a la persona que sufre un episodio de salud urgente o emergente, desde el punto de vista holístico. Buscando enfocar nuestra práctica desde las áreas colaborativa e independiente para detectar los elementos claves en todas las fases del proceso, desde la valoración a la reevaluación, para facilitar la continuidad de cuidados que va necesitar el paciente en otros niveles asistenciales, utilizando para ello la máxima evidencia disponible, garantizando la seguridad del paciente y el respeto de sus derechos.

PERSONA: La persona que sufre un episodio urgente o emergente y que ve mermada su salud de forma aguda y crítica en muchos casos. La persona es el centro de nuestros cuidados y esto significa que a veces es la unidad paciente-familia la destinataria de los mismos. La individualidad de cada persona se traduce en la individualización del cuidado prestado a cada una, y por supuesto al respeto por sus valores.

SALUD: La pérdida de la Salud o la merma de la misma en el contexto de la urgencia o emergencia tienen muchas connotaciones. Los pacientes que atendemos en nuestro ámbito tienen perfiles diferentes. Pueden ser personas previamente sanas que de forma súbita sufren una situación urgente o emergente; personas enfermas que tienen episodios de empeoramiento o reagudización de su patología basal, o en las que aparecen nuevos cuadros clínicos que inciden de forma negativa en su situación previa de enfermedad; o personas que se encuentran en el final de la vida y que necesitan que se palie su sufrimiento, dolor y en general su padecimiento. Los objetivos de nuestros cuidados, entre otras cuestiones, están sujetos a la situación de partida del paciente, ya que eso va a condicionar en muchos casos la guía para priorizarlos y realizarlos.

ENTORNO: Una de las características de nuestra actividad es la variabilidad en cuanto al lugar de atención del paciente. En el concepto de urgencia y emergencia está implícito este hecho, ya

que son situaciones que acontecen de forma brusca y por tanto en cualquier lugar donde se encuentre la persona en ese momento. Este entorno puede ser facilitador o todo lo contrario y se suma a la percepción del paciente sobre su estado de salud. Facilitar la presencia de la familia o de la persona que represente ese soporte afectivo del paciente es clave en estas situaciones. Este soporte debe estar presente también en nuestro medio de trabajo, tan seguro para los profesionales como "hostil" puede resultar para algunas personas.

OBJETIVO

Exponer la implantación del modelo de cuidados en Emergencias en Andalucía y su avance desde 2004, mostrando algunos de los resultados del cuidado integral que realizamos con nuestros/as pacientes.

DESARROLLO CONCEPTUAL

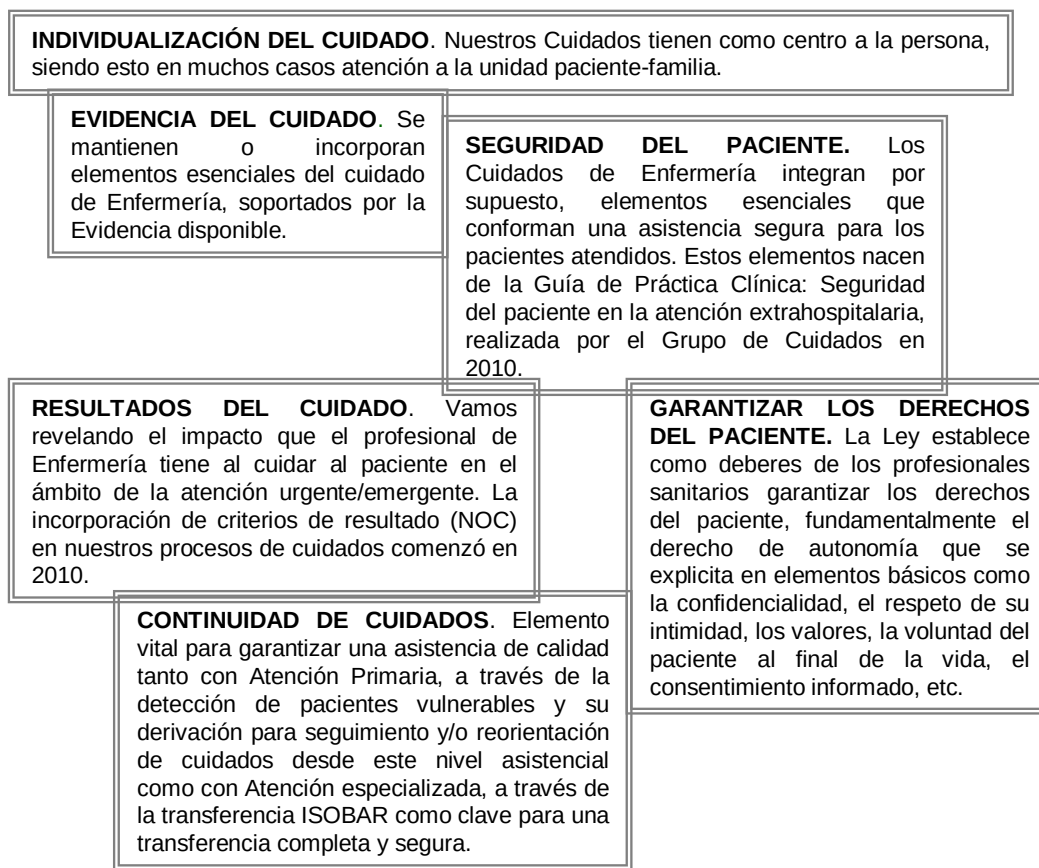
MODELOS DE REFERENCIA.

Nuestro Modelo de Cuidados, como se indica anteriormente está basado en el Modelo de Suplencia y Ayuda de Virginia Henderson para la valoración del paciente teniendo en consideración su situación basal, su nivel de dependencia o independencia para las ABVD así como la valoración de dichas necesidades en el marco de la situación urgente o emergente que sufre el paciente. La focalización en la valoración de las necesidades alteradas y la interrelación entre éstas constituye la base para orientar la detección de problemas más relevantes en nuestro ámbito de actuación, la planificación de los cuidados y la evaluación de los mismos.

En cuanto a la identificación de problemas, nos basamos tanto en el Modelo de Henderson como en el Bifocal de Carpenito, considerando que las dos áreas en las que interviene una enfermera son la colaborativa y la independiente. Las reflexiones y la práctica desarrollada durante estos años nos hacen determinar en cuanto a la detección de problemas que:

- El problema o problemas más relevantes que identificamos son los que deben tener una continuidad de cuidados para su minimización o resolución en otro nivel asistencial, ya que por las características de nuestro entorno de atención, será muy difícil que podamos resolver dichos problemas.
- Los problemas del área independiente se deben expresar con taxonomía NANDA (diagnósticos reales). Y los problemas del área colaborativa de igual forma como DdE (diagnósticos de riesgo, Complicaciones Potenciales) o como Problemas de Autonomía (PA).

PRINCIPIOS BÁSICOS. En el año 2010 definimos los siguientes principios básicos en relación al cuidado de nuestros pacientes, vigentes en la actualidad:



Estos seis principios básicos dan forma a la integralidad de nuestra manera de cuidar al paciente. Estos principios se traducen en evidencias que, agrupadas en siete buenas prácticas van desglosando el cuidado de nuestros pacientes. Las buenas prácticas se eligieron del modelo de competencias de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), así como el tipo de las evidencias, siendo éstas básicas o avanzadas y que orientan sobre el grado de madurez del profesional en la realización de los cuidados.

Tenemos como premisa la focalización de nuestra atención en todas las fases del proceso enfermero, desde la valoración hasta la reevaluación. Esto es imprescindible para que nuestros cuidados sean lo más útiles y ajustados a la situación de cada paciente. Precisamente por el contexto urgente o emergente en el que nos movemos; y porque sabemos que no somos finalistas y que la atención y cuidado del paciente debe continuar en otro nivel asistencial. Siendo otro elemento irrenunciable, que debemos expresar lo que hacemos con lenguaje NANDA-NOC-NIC, no solo porque sea conforme a la legislación vigente en nuestro país, sino porque estamos convencidos de que es lo correcto; lo que nos permite comunicarnos y hacernos entender por otros niveles asistenciales y porque además redundante en la seguridad del paciente, al tener no solo la finalidad de prestar el mejor cuidado en el momento agudo, sino de que éste tenga la continuidad que se precisa en beneficio del paciente.

RESULTADOS

Nuestros Cuidados se aplican y evalúan en los siguientes procesos: Cuidados de Enfermería al Paciente Cardiológico, con SCA y Arritmias. Paciente Respiratorio con EAP-EPOC-ASMA. Paciente Neurológico, con ACVA. Paciente Traumatizado grave y Leve, siendo este último el atendido por el recurso ECA. Paciente en situación de PCR, Paciente en situación de final de la vida. Paciente con Hipoglucemia, y Paciente "Genérico", que incluye a todos los pacientes con patologías no incluidas en los procesos concretos mencionados anteriormente y que por tanto conforman un grupo heterogéneo en cuanto a perfil, tanto del propio paciente como de la patología que presenta.

Nuestra forma de Cuidar al paciente está avalada por la Organización. Forma parte de nuestro sistema de Calidad, a través de objetivos de cuidados que hacen tangible el modelo. Esto nos permite tener resultados semestrales y anuales a través de la herramienta de mejora continua que tiene 3 niveles de evaluación: Autoevaluación del profesional, la evaluación continua de su responsable y auditoria regional. Todo esto enriquece el proceso por el feed-back de los propios profesionales.

En los últimos 5 años, se han evaluado 9.713 historias clínicas para ver la adecuación a las normas del cuidado establecidas, que han ido evolucionando a lo largo de este periodo. Los últimos resultados anuales, con 3.081 historias auditadas, muestran una adecuación del cuidado global del 70,3%, con los siguientes resultados en cada tipo de Proceso:

CUIDADOS AL PACIENTE CON PROCESO	CASOS AUDITADOS EN PERIODO DE 1 AÑO	% DE ADECUACIÓN
GENÉRICO	677	80,4%
CARDIOLÓGICO	485	74,8%
RESPIRATORIOS	371	52,8%
TRAUMA GRAVE	465	63%
TRAUMA LEVE (<i>ECA en Sevilla y Málaga</i>)	136	69,9%
HIPOGLUCEMIA (<i>ECA en Sevilla y Málaga</i>)	129	79,8%
ACVA	471	67,5%
PCR	347	72,9%

Nota: Se exponen los resultados agregados de toda Andalucía. Los Equipos de coordinación Avanzada (ECAs) solo están en la capital de Málaga (en nº de 3) y de Sevilla (siendo aquí 2 unidades).

La integralidad del modelo en el que tienen el mismo valor las evidencias relacionadas con el cuidado en función de la patología que presenta el paciente, como las del respeto a sus derechos y valores, su Seguridad y la continuidad de cuidados, provoca que los umbrales de adecuación de estos objetivos puedan parecer bajos; sin embargo pensamos que son realistas y ajustados a la rigurosidad del modelo.

En cada tipo de proceso, destacamos algunos elementos claves como por ejemplo:

La Valoración del dolor en pacientes traumatizados y en pacientes cardiológicos. En el último año la adecuada valoración del dolor ha sido mayor del 90% en los 786 casos auditados. Las escalas más usadas para valorar el dolor son la Escala numérica, la Verbal y los NOCs 2102 Nivel del dolor y 1605 Control del dolor. Hemos formado a los profesionales para ampliar el uso de otras escalas de valoración del dolor tanto en pacientes conscientes como en aquellos con alteración del nivel de conciencia, déficits cognitivos, niños y ancianos, para precisar el dolor que padece el paciente, para ajustar las NICs a realizar y posibilitar una analgesia más efectiva a cada persona, independientemente del proceso patológico que padezca.

La Detección de pacientes vulnerables y su derivación a la Enfermera Gestora de Casos (EGC) o Enfermera de Familia (EF) para la continuidad de cuidados. En 2012 analizamos 239 casos derivados a esta figura en toda Andalucía. El 46,4% de los pacientes derivados fueron Hombres y el 53,1% Mujeres. Los motivos de demanda más frecuentes por los que atendimos a estos pacientes fueron en primer lugar Disnea, seguido de Alteración de las constantes vitales y Dolor torácico. El 47,5% de los pacientes tenían cuidador, siendo el 74,5% cuidadoras. Los Diagnósticos de Enfermería detectados que motivaron la derivación fueron en este orden: 19,9% Gestión ineficaz de la propia salud; 13,4% Incumplimiento; 11,8% Cansancio en el rol del cuidador; 7,5% Conocimientos deficientes; 5,9% Déficit de cuidados.

Seguimos avanzando en la mejora de la comunicación con este nivel asistencial. Estamos convencidos de que en no pocos casos lo que el paciente y/o su cuidador/a necesita no son más medicamentos, sino una reorientación de sus cuidados para reducir episodios agudos de su propia patología, y más información-formación para conseguir mejores niveles de autocuidado y de independencia para gestionar mejor su propia salud y aumentar su bienestar.

Tolerancia a la CPAP. El 75% de los pacientes que atendemos con Edema Agudo de Pulmón tienen entre 70 y más de 90 años. Consideramos que enfermería tiene un papel fundamental en el éxito de la terapia con CPAP para conseguir que el paciente la tolere. A través de la NIC 3302 Ventilación Mecánica No Invasiva y de la información homogénea que se da al paciente por estos profesionales, se han conseguido unos niveles de tolerancia de la terapia de un 94,1% en los 185 casos auditados del último año.

Seguimos trabajando en el mejor cuidado al paciente con ACVA, dando gran relevancia a conseguir una comunicación efectiva con aquellos pacientes en los que se detecta un Deterioro de la comunicación verbal (DdE identificado en el 18,5% de los pacientes con ACVA atendidos en el último año).

Y por último y en relación a los derechos del paciente, se realiza el Consentimiento informado por parte del profesional de enfermería en el 94% de los casos auditados y empezamos a tener

datos relevantes sobre la presencia de la familia en la asistencia del paciente, incluidos pacientes en PCR, así como cambios significativos en la atención del paciente en el final de la vida.

Los cuidados se registran en la Historia clínica digital en movilidad (HCD_M), formando parte de la Historia única de Salud del paciente.

CONCLUSIONES

En nuestro marco de referencia de Cuidados se expresan las bases metodológicas, legales y científicas que empiezan a conformar el metaparadigma del Cuidado en emergencias y en el que se va dilucidando la importancia de lo que hacemos día a día con nuestros pacientes.

Lo expuesto aquí, es parte de nuestros resultados a día de hoy. Somos conscientes de lo que nos queda por hacer y por demostrar. Nos enfrentamos todavía a la incredulidad y a la indiferencia tanto dentro como fuera de nuestra organización. Pero vamos a seguir avanzando, demostrando que influimos de manera rotunda en la salud de las personas que atendemos, que nuestros cuidados son relevantes en ese recorrido que nuestros pacientes hacen por el "Sistema" y por tanto en su vida y en la de sus familias. Somos parte de este Sistema en el que todo cuenta y en el que la enfermería de emergencias tiene mucho que decir para hacer visible esta forma de entender y realizar los cuidados de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

Cuidados de Enfermería en la atención extrahospitalaria. Editado por Empresa Pública de Emergencias Sanitarias Enero 2014, Grupo Regional de Cuidados de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía. Obra licenciada bajo la Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional.

Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Publicado en BOE núm. 225, de 16 de septiembre de 2010, páginas 78742 a 78767.

Guía de Práctica clínica de Seguridad del paciente. Grupo de Cuidados de EPES. Editado por la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Marzo 2010. D.L: SE-1425-2010

Ley 2/2010 de 8 de abril de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de muerte. Publicado en BOE núm. 127 de 25 de mayo de 2010, páginas 45646 a 45662.

Barry McBride MSc (Hones), BSc (Hones), PG Dip, PG. Cert. Nurses' provision of spiritual care in the Emergency Setting – An Irish Perspective. International Emergency Nursing (2010) 18, 119–126.

NANDA-I. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2009-2011. Publicado por Elsevier. ISBN edición española 978-84-8086-481-7

Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). Quinta edición. ISBN edición española: 978-84-8086-388-9. 2009 Elsevier España S.L.

Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). Cuarta edición. ISBN edición española: 978-84-8086-389-6. 2009 Elsevier España S.L.

Marco Conceptual Proceso enfermero en EPES. Hacia la excelencia en el cuidado extrahospitalario. Edita EPES 2005. I.S.B.N.: 84-609-4153-1.

Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Salud. Publicado en BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, páginas 40126 a 40132.

Decreto 137/2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas. BOJA nº 52 de 04 de Mayo 2002 Página 7127 y siguientes. Disponible en: www.sas.junta-andalucia.es/principal/documentosAcc.asp (Manual de procedimientos de la ECE (Versión 3)).

Linda J Carpenito. Diagnóstico de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. MacGraw Hill-Interamericana de España. 1995.

CONSTRUCCIÓN DE CATALOGO CIPE®: VIGILÂNCIA DEL DESARROLLO DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 3 AÑOS

AUTOR/ES

Soraia Matilde Marques Buchhorn, Maria De La Ó Ramallo Veríssimo

INTRODUÇÃO

Na perspectiva de melhoria no atendimento de enfermagem à criança, faz-se útil a construção e a utilização de ferramentas que auxiliam o profissional a realizar assistência de qualidade, com otimização de recursos e, sobretudo, atrelada às necessidades das crianças. A Organização Mundial da Saúde pontua que, em tempos de paz, cerca de 10% das crianças nascem ou adquirem impedimentos físicos, mentais ou sensoriais, que irão interferir significativamente em seu desenvolvimento. Assim, a construção de um catálogo CIPE® voltado para o acompanhamento do desenvolvimento está amparada na tentativa de otimizar a prática do enfermeiro na rede primária de saúde, visto que este é um dos responsáveis diretos pelo acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil. O uso de estratégias e ferramentas para a melhoria da qualidade da assistência em saúde vem sendo ampliado e legitimado por meios científicos e técnicos operacionais nos últimos anos. Na saúde infantil, o emprego de algoritmos, protocolos, escalas e demais instrumentos de avaliação e assistência vem ganhando espaço entre os profissionais e gestores, pois amplia a efetividade e a eficiência das ações direcionadas ao atendimento à população infantil.

O desenvolvimento infantil (DI) faz parte do desenvolvimento humano, sendo um processo vital que se inicia ainda no período gestacional e vai até a morte. O desenvolvimento deve ser compreendido dentro de um contexto social. Seus teóricos entendem o sujeito, como parte inseparável do ambiente. Cabe ainda entender que o desenvolvimento sofre as influências de naturezas diversas, havendo fatores que podem interferir no curso do desenvolvimento, tanto positiva como negativamente. Tais fatores podem também ser organizados de várias maneiras. Uma forma mais geral é dividi-los em fatores intrínsecos e extrínsecos à criança. Dentre os fatores intrínsecos, estão a hereditariedade, que envolve as características pessoais inatas, herdadas dos pais biológicos; a maturação orgânica, que possibilita a aquisição de novas habilidades e capacidades; doenças ou outros agravos como prematuridade, baixo peso e desnutrição; os fatores extrínsecos que influenciam o DI abrangem: aspectos da gestação, como alimentação, uso de drogas ou patologias maternas; aspectos ambientais, como exposição a poluentes e condições socioeconômicas; aspectos relacionados ao cuidado que a criança recebe, como vínculos afetivos, saúde mental materna, acesso aos serviços de saúde, oportunidades para a realização de atividades que favorecem o desenvolvimento.

Este estudo teve como bases a teoria bioecológica do desenvolvimento de Urie Bronfenbrenner (2011) e o referencial de necessidades essenciais das crianças de Brazelton e Greenspan (2002). De acordo com Bronfenbrenner, o desenvolvimento ocorre pela interação constante, ativa e bilateral entre a criança e o ambiente imediato, porém seu desenvolvimento poderá ser afetado por contextos mais afastados. Tais contextos iniciam-se na creche, na escola e na comunidade e conectam-se com as instituições sociais, sistemas de educação e transporte, envolvem padrões culturais e históricos que afetam a família e tudo mais na vida de uma criança. Brazelton e Greenspan (2002) explicam as necessidades essenciais das crianças, as quais, se não satisfeitas, podem produzir problemas no desenvolvimento e ocasionar alterações significativas na vida do indivíduo adulto.

OBJETIVO GERAL

Construir um Catálogo CIPE® para o acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos de idade na rede primária de saúde.

Percurso metodológico

Pesquisa não experimental, do tipo metodológica, que seguiu os 10 passos para a construção de catálogos do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE, 2011). Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP e com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

Foi realizada a validação por consenso com a utilização de duas estratégias (técnica de grupo nominal com porcentagem de concordância) e índice de concordância de Fehring (1987). Foram peritos neste estudo enfermeiros graduados e com titulação igual ou superior a especialista em saúde infantil, que tinham experiência no atendimento à criança, ou ensino de saúde da criança, com tempo superior a 5 anos. Estes foram recrutados por meio de três estratégias: busca por currículo lattes, técnica "bola de neve", e contato direto em eventos científicos nacionais da área. Foram utilizados filtros para a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão determinados. A coleta de dados foi por meio de questionário em plataforma virtual (survey monkey) com instrumento pré-testado.

A etapa de validação foi dividida em duas fases. Na primeira, foi utilizada a técnica de grupo nominal para a validação dos diagnósticos/resultados. Os diagnósticos /resultados foram construídos a partir de situações práticas de avaliação do DI com uso de instrumento de vigilância do desenvolvimento instituído na rede básica de saúde do Brasil (Brasil, 2013). Após a submissão a avaliação dos peritos, os que obtiveram menos que 80% de concordância total foram reformulados e novamente submetidos à avaliação até a obtenção do consenso. Na segunda fase, foram construídas as intervenções pertinentes aos diagnósticos/resultados validados, à luz do referencial teórico e da literatura vigente. As intervenções foram submetidas

à avaliação dos peritos (utilizado escala de likert). Após o cálculo dos valores atribuídos as respostas, obteve-se a classificação das intervenções em primárias (essenciais ou prioritárias) e secundárias.

RESULTADOS

O estudo contou com a participação de um grande número de peritos em comparação a estudos similares publicados: 51 na fase de validação de diagnósticos e 34 na validação de intervenções. Os peritos que mais utilizam as classificações em suas práticas são os atuantes nas áreas de pesquisa e ensino. Não houve diferença quanto à instituição de formação e experiência no uso de classificação.

Os diagnósticos foram organizados segundo as áreas de desenvolvimento: motora, linguagem, pessoal-social e adaptativa, além de diagnósticos gerais, e relativos ao papel do cuidador. Contemplaram situações de normalidade, de riscos e de déficits mais comuns. Foram validados 17 diagnósticos/resultados, e suas respectivas intervenções. Os diagnósticos foram considerados necessários, adequados e suficientes para subsidiar a avaliação da criança menor de três anos durante os atendimentos do enfermeiro na atenção primária. Os comentários dos peritos foram em sua maioria relacionados à linguagem CIPE®, que ainda é pouco conhecida no país. As intervenções propostas foram validadas e classificadas em prioritárias e secundárias, sendo priorizados os aspectos da interação da criança com seu meio ambiente e também aquelas que privilegiam as relações sustentadoras do desenvolvimento infantil.

DISCUSSÃO

A receptividade dos peritos à pesquisa e seus comentários reafirmaram a importância do investimento de tempo e recursos na construção do catálogo para o acompanhamento do desenvolvimento da criança, pois é uma valiosa ferramenta para a implantação efetiva do processo de enfermagem.

Os termos julgamento “normal” e “anormal”, apesar de constarem na CIPE®, foram rejeitados para os diagnósticos de desenvolvimento, o que se justifica pela ampla variabilidade da normalidade.

As intervenções relacionadas à interação do cuidador com a criança foram priorizadas demonstrando o conhecimento de que a criança necessita de uma boa interação com seus cuidadores, como um dos “ingredientes” específicos para atingir seu potencial de desenvolvimento. Contudo, nos diagnósticos de atraso, foram priorizadas intervenções de orientação, e as intervenções relacionadas ao brincar, sobretudo nos diagnósticos de risco e de prejuízo, ficaram como intervenções secundárias, mostrando ainda uma tendência prescritiva da atuação profissional.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES

A construção de um catálogo para o acompanhamento do desenvolvimento de crianças de 0 a 3 anos foi viável; visa atender a uma necessidade prática da enfermagem como uma ferramenta objetiva e útil. Propõe auxiliar na construção de prontuários eletrônicos, sistematização de registros e recuperação das informações.

Apesar de o catálogo ter sido elaborado para uso na rede primária de saúde, poderá ter utilidade também em outros âmbitos da assistência de enfermagem às crianças de 0 a 3 anos de idade, tanto no ambiente hospitalar como abrigos e creches.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança. 8º ed. Editora: Ministério da Saúde. 2013.

Brazelton TB, Greenspan SI. As necessidades essenciais da criança: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver. Porto Alegre: Artmed; 2002

Bronfenbrenner U. Bioecologia do desenvolvimento humano. Tornando os seres humanos mais humanos. Porto Alegre: Artmed; 2011.

Conselho Internacional de Enfermagem (CIE). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2.0. Comitê Internacional de Enfermeiros. São Paulo: Editora Argol; 2011.

Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnosis. Heart & Lung. 1987; 16(6): 625-29.

ENFOQUE CURRICULAR FUNDAMENTADO EN EL PROCESO DE ENFERMERÍA

AUTOR/ES

Luz Eugenia Ibáñez- Alfonso.

Profesora titular. Escuela de Enfermería. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Colombia

Correo electrónico: libanez@uis.edu.coluzibanez37@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Latrayectoria del programa de enfermería de la Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga-Colombia, con 47 años de formación profesional, ha evolucionado conceptual, metodológica y pedagógicamente, con la utilización del proceso de enfermería y sus lenguajes NANDA¹, NIC², NOC³.

Esta experiencia se ha fundamentado en la aplicación del Proceso de Enfermería desde los lineamientos curriculares, de tal manera que ha permitido involucrar y organizar dentro del programa de formación, los avances significativos de la enfermería mediante el abordaje de un lenguaje unificado de etiquetas diagnósticas de la NANDA, etiquetas de resultados del NOC y de etiquetas de resultados del NIC,

Se diseñó un modelo curricular, que desde lo disciplinar determinó como eje central de tipo conceptual la relación entre el Cuidador de Enfermería y el Sujeto de Cuidado, siendo este el individuo, la familia o la comunidad y entendidos como la Unidad de Cuidado, su objetivo principal está encaminado al cuidado de la salud y la consecución, recuperación o mantenimiento de la calidad de vida de los sujetos de cuidado a lo largo del ciclo vital, explicando no solo el contexto biológico sino también los aspectos de tipo psicosocial, espiritual y ambiental.

Desde el punto de vista metodológico, el currículo unificó el abordaje de los problemas de salud, en las respuestas humanas que afectan al Sujeto de Cuidado y sobre las cuales el cuidador de enfermería debe abordar, a partir de la aplicación del Proceso de Enfermería, mediante sus diferentes etapas de valoración, diagnóstico, planeación, intervención y evaluación.

¹North American Nursing Diagnostics Association NANDA, Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificación Elsevier. Edición 2012 -2014

²Bulechek G., Butcher Howard, McCloskey J., Nursing Intervention Classification. NIC O CIE, sexta edición, Elsevier.2012.122-658.

³Moorhead Sue et al, Nursing Outcomes Classification. NOC, quinta edición, Elsevier.2012

Actualmente el desarrollo de la enfermería se sustenta en la posibilidad de integrar los avances conceptuales de tipo disciplinar con el escenario de desempeño práctico. "La metodología del proceso de enfermería se ha usado como un instrumento útil y válido en distintos países y modelos de prestación de atención en salud, para apoyar la práctica de la atención de enfermería. El proceso de enfermería se reconoce como una metodología universal para organizar y prestar la atención de enfermería. Es un marco mediante el cual las enfermeras pueden organizar la información sobre los problemas de los pacientes y diseñar intervenciones para satisfacer sus necesidades. El avance significativo también se ve reflejado en el logro de un lenguaje unificado de etiquetas diagnósticas de la Asociación norteamericana de diagnósticos de enfermería, NANDA, etiquetas de resultados propios de enfermería, del NOC y de etiquetas de intervenciones de enfermería del NIC.

Según Basil Bernstein⁴, el currículo, la pedagogía y la evaluación se constituyen en sistemas básicos mediante los cuales, se incide sobre la esfera de la cultura académica, expresadas en formas diversas de conciencia, de pensamientos, y de prácticas, las cuales reflejan la interrelación entre el poder, el conocimiento y las formas de conciencia. En este sentido el currículo de la UIS, planteó su modelo fundamentado en el proceso de enfermería, para orientar de manera global su enfoque no solamente disciplinar sino también metodológico, pedagógico y evaluativo.

Se diseñó la implementación de los proyectos integradores, conceptos de Dewey, Filpatrick y otros críticos de la educación tradicionalista. "Su desarrollo tiene origen en una situación problemática, que ha de resolverse en forma planificada, el estudiante asume un rol de protagonista en su propio aprendizaje, se desarrolla un ambiente propicio para el desarrollo de la comunicación interpersonal, la creatividad, el desarrollo de competencias, la búsqueda continua y la globalización"⁵.

OBJETIVO

Determinar la importancia del proceso de enfermería y su influencia en el enfoque actual del currículo de la Escuela de enfermería de la Universidad Industrial de Santander y su relación con aspectos teóricos, epistemológicos y pedagógicos.

⁴ Bernstein Basil, Basil B. Las reglas de recontextualización: El Discurso Pedagógico, ediciones Morata 2001.

⁵ Losada Alvaro, Moreno Heladio. Competencias Básicas Aplicadas al Aula. Ediciones Antropos. Segunda Edición 2001.51

MATERIAL Y MÉTODO

El empleo de las taxonomías NANDA, NIC, NOC, proporciona al proceso de formación un marco común de referencia, organización del currículo, facilita la comunicación oral y escrita, describe funciones y responsabilidades y autonomía en la formación profesional.

El logro de lo anterior se da mediante el planteamiento de un currículo fundamentado en Proceso de Enfermería y articulado pedagógicamente al trabajo por competencias cognitivas y socioafectivas en el área de desarrollo humano, cuidado, educación, ética y bioética, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, investigación, y gerencia. Estas competencias a su vez se han definido y se han operacionalizado dentro del currículo como ejes transcurriculares, conformados por núcleos temáticos articulados y organizados, de acuerdo al nivel de complejidad de cada uno de los 10 semestres y fundamentando conceptual y procedimentalmente los dominios de la Taxonomía de la NANDA⁶, la codificación de resultados esperados del NOC⁷ y del NIC.⁸

Dentro de los desempeños esperados por los estudiantes está el de desarrollar los componentes cognoscitivos, procedimentales, actitudinales para el abordaje de las respuestas humanas con el proceso de enfermería, como una metodología para brindar cuidado a nivel individual, familiar y colectivo.

El eje transcurricular de Cuidado de Enfermería se desarrolla desde el I nivel hasta el último nivel de la carrera. Mediante el núcleo temático de introducción a la enfermería, del I nivel, se plantean las teorías que fundamentan conceptualmente la profesión, en el II y III nivel en el núcleo temático de Proceso de Enfermería I y II respectivamente, se desarrolla el abordaje de Proceso de Enfermería, con su 5 etapas, las cuales en el II nivel se aborda de manera global y se aplica en la dimensión del YO SOY, mediante una estrategia pedagógica denominada Proyecto Integrador, en el III nivel, se profundiza sobre la valoración de los 13 Dominios de la Taxonomía II de la NANDA y en las intervenciones básicas, las cuales se requieren para los siguientes semestres en donde los estudiantes inician prácticas clínico-comunitarias.

Para la profesión es fundamental recopilar y analizar los datos que reflejen el desempeño de enfermería para determinar y demostrar la eficacia de sus intervenciones y de esta manera hacer visible la calidad, el acceso, el costo y la satisfacción con el desempeño profesional. Actualmente se trabaja alrededor de crear un conjunto mínimo básico internacional de datos de

⁶North American Nursing Diagnosis Association, NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002. Ediciones Harcourt, 2001. 217-241

⁷ Marlon Jonson, Meridian Maas, Sue Moor Head. Clasificación de los resultados de Enfermería. Ediciones Harcourt. 2002

⁸McCloskey, Joanne, Buchete, Gloria. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Ediciones Harcourt. 2002.

enfermería, con la participación de la Asociación Internacional de Informática Médica Internacional-Informática de Enfermería (IMIA-NI-SIG) y el Consejo Internacional de Enfermeras.⁹

El Conjunto de Datos Mínimos de Enfermería (CMBD-E), definido como “un conjunto mínimo de elementos de información, con definiciones y categorías uniformes en cuanto a la dimensión específica de la enfermería profesional, que satisfaga las necesidades de información de los usuarios de datos múltiples en el sistema de atención de salud Werley y Lang 1995”¹⁰. Constituye el primer intento por normalizar la recopilación de datos esenciales y uniformes de enfermería para emplearlos en diferentes contextos (ANA1995). Sus objetivos están centrados en permitir la identificación, comparabilidad y proyección de las intervenciones de enfermería en diferentes contextos, para influir en la toma de decisiones políticas, económicas, administrativas y sanitarias.

La Informática aplicada a la enfermería, se define como la integración de la enfermería y la información y la gestión de la información de enfermería con las tecnologías de procesamiento de la información y de comunicaciones, con el objeto de apoyar la salud de las personas de todo el mundo. Zielstorff y otros 1993, Hanna y otros 1994, Barnet 1995, Saba y McCormick 1996, Button y otros 1998, OPS 1999, Mayes 2000, Saba y McCormick 2001.¹¹

Dentro de este contexto la Escuela de Enfermería y la Escuela de Ingeniería de sistemas de la UIS, mediante previo convenio se estableció y ejecuto un componente de información de enfermería mediante el desarrollo y administración de tres áreas inter relacionadas¹²: los Sistemas de Información, SI, la Tecnología de la información TI, la Gestión de la Información GI. Mediante el desarrollo del software SIPCE sistema de información de prácticas clínicas, se registra digitalmente los diagnósticos (NANDA), resultados (NOC) e intervenciones (NIC), realizados en el ejercicio de las prácticas, cruzando frecuencias estadísticas asociadas, generando un sistema de información que permite detectar, retroalimentar, actualizar y hacer pertinente el desarrollo curricular.

La Escuela de Enfermería conformó su Sistema de información de registro de prácticas de la siguiente manera: teniendo en cuenta el plan de mejoramiento de la Escuela y la necesidad de visibilizar su desempeño en los escenarios de práctica se creó la necesidad de diseñar una

⁹ Clark y Delaney, Note from the president. ACENDIO Newsletter 1999; 5:1-2

¹⁰ Werley HH y Lang N M, (eds). Identification of the nursing Minimum Data Set. Springer, New York; 1988

¹¹ OPS-OMS, Desarrollo de sistemas normalizados de información de enfermería Washington 2.001. 19-51-7-78.

¹² OPS-OMS, Desarrollo de sistemas normalizados de información de enfermería Washington 2.001. 19-51-7-78.

estructura que permitiera registrar y sistematizar los datos mínimos básicos derivados de las prácticas clínicas, posteriormente se crea el grupo de trabajo que gestionó el proyecto, se presenta una primera propuesta al grupo general de docentes quienes plantearon sugerencias que fueron incorporadas a la propuesta final, la cual incluyó datos mínimos a registrar y la definición estratégica de cómo administrar la entrada y salida de información, proceso que se inició desde el 2001. En la primera etapa se incluyó el lenguaje NANDA-NIC y posteriormente en una segunda etapa y como resultado del análisis de estos registros, se incluyeron los resultados NOC y su operacionalización en los campos de desempeño. En la actualidad se tiene la Versión 4, y se continúa realizando ajustes y aplicaciones.

Aprovechando los convenios inter escuelas de la Universidad se logró que un grupo de estudiantes de la Escuela de ingeniería de sistemas realizaran como trabajo de grado un software que permitiera sistematizar dicha información, mantenimiento técnico y actualización del software.

RESULTADOS

El diseño y diligenciamiento de un sistema de registros de enfermería ha permitido conocer comportamientos importantes de las prácticas clínicas relacionadas con las personas intervenidas según: género, edad, situación de salud, diagnóstico de enfermería prioritario y secundario e intervenciones de enfermería, rotación, institución.

De igual manera conocer dentro de la población intervenida la relación entre edad y situación de salud, edad e intervenciones de enfermería, edad y diagnósticos de enfermería, rotación y diagnósticos de enfermería, rotación e intervenciones de enfermería y su análisis en las respectivas instituciones.

A través de estos años de registro de prácticas clínicas se han podido encontrar tendencias interesantes relacionadas con la prevalencia de diagnósticos de enfermería como son: riesgo de infección, dolor agudo, conocimientos deficientes, deterioro de la movilidad física, riesgo de lesión, riesgo de deterioro de integridad cutánea, deterioro de integridad tisular y desequilibrio nutricional por defecto.

Dentro de las intervenciones de enfermería hemos encontrado como las más frecuentes: enseñanza individual, monitoreo de signos vitales, recibo y entrega de turnos, arreglo de unidad, cuidados de medicamentos parenterales, monitoreo de líquidos, mantenimiento de acceso venoso, manejo de dolor, control de infección y manejo de heridas.

El análisis de la información anterior ha permitido redefinir el enfoque curricular, el diseño de los núcleos temáticos, fundamentados en Diagnósticos e Intervenciones de Enfermería más frecuentes. De igual manera ha permitido presentar informes institucionales rescatando un lenguaje unificado y sistematizado que permite la visibilidad de profesión.

CONCLUSIONES

El software SIPCE, incorpora en el proceso de formación y en el registro del desempeño, la aplicación de una nomenclatura reconocida con lenguaje estandarizado.

La Escuela de Enfermería de la UIS ha venido utilizando como herramienta metodológica el proceso de enfermería tanto en el desarrollo teórico como en las experiencias prácticas en diferentes instituciones. Con el diseño del formato se pretende rescatar en las prácticas clínicas el proceso de enfermería en su conjunto, haciendo énfasis en: diagnósticos intervenciones y resultados de enfermería, considerados como fuentes importantes de datos para analizar la eficacia de los tratamientos, beneficios y contribución del cuidado de enfermería en la salud de la población. Por tal razón los beneficios están relacionados con:

Desarrollo académico fundamentado en el contexto real

Información sistematizada que refleja el rol de la profesión, logrando mayor posicionamiento dentro del equipo de salud.

Información cuantitativa que fundamenta el valor generado por enfermería en las instituciones donde se realizan las prácticas, permitiendo avanzar en el desarrollo de planes de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Berstein Basil, Bazil B. Las reglas de recontextualización: El Discurso Pedagógico, ediciones Morata 2001.
- Losada Alvaro, Moreno Heladio. Competencias Básicas Aplicadas al Aula. Ediciones Antropos. Segunda Edición 2001.51
- North American Nursing Diagnostics AssociationNANDA, Diagnósticos enfermeros, Definiciones y clasificación Elsevier. Edición 2012 -2014
- Bulechek G., Butcher Howard, Mccloskey J., Nursing Intervention Classification.NIC O CIE, sexta edición, Elsevier.2012.122-658.
- Moorhead Sue et al, Nursing Outcomes Classification. NOC, quinta edición, Elsevier.2012
- OPS-OMS, Desarrollo de sistemas normalizados de información de enfermería Washington 2.001.(pgs. 19, 51, 76, 78)
- Carpenito Linda, Diagnósticos de Enfermería, aplicaciones ala práctica clínica, 9ªedición Mc Graw Hill. 2004

INCIDENCIA DEL DIAGNÓSTICO “INTERRUPCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA” Y FACTORES RELACIONADOS A LOS DOS MESES DE NACIMIENTO EN EL MARCO DE LA IMPLANTACIÓN DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS

AUTOR/ES

Daniel Muñoz-Jiménez, Consuelo Bermejo-Pablos, María Rosario Rosa-Aguayo, María Del Carmen Picos-Bodelón, Ana Gener-Climent, Náyade Del Prado-González

INTRODUCCIÓN

La recomendación de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida ha demostrado unos efectos muy positivos tanto en el adecuado desarrollo del niño como en la salud de la madre¹³. El consumo de leche materna es considerado un factor protector para la morbi-mortalidad asociada a patologías como, por ejemplo, la neumonía¹⁴, la diarrea¹⁵ o el síndrome de muerte súbita, potenciando su efecto protector cuando la leche de la madre se consume de forma exclusiva¹⁶. Por éstos y otros muchos hallazgos científicos, esta recomendación es un hecho universalmente aceptado hoy en día.

Aunque los beneficios de la lactancia materna son ampliamente conocidos, los niveles de lactancia materna mantenidos en las últimas décadas han sido bajos. Diferentes estudios realizados en distintas provincias españolas sitúan las tasas de lactancia materna exclusiva en el momento del alta en valores que oscilan entre el 79,7% y el 51,4%, y entre el 39% y el 3,9% a los seis meses del nacimiento^{17,18,19,20,21,22}.

¹³ OMS. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. 55 Asamblea Mundial de la Salud, 16 de abril de 2002.3

¹⁴ Lamberti LM, Zakarija-Grković I, Walker CLF, Theodoratou E, Nair H., Campbell H., & Black, R. E. (2013). Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 13(3), 1-8.

¹⁵ Lamberti, L. M., Walker, C. L. F., Noiman, A., Victora, C., & Black, R. E. (2011). Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC public health*, 11(Suppl 3), S15.

¹⁶ Hauck, F. R., Thompson, J. M., Tanabe, K. O., Moon, R. Y., & Vennemann, M. M. (2011). Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics*, 128(1), 103-110.

¹⁷ BarriusoLM, Sánchez F. Prevalencia de la lactancia materna en el norte de España. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2009; Vol. 21

¹⁸ Aguilera MH, Guillénb AM, Velillasc JL, Verad CG, Marijuane CD, Calamaf JM. La lactancia materna en la Comunidad Valenciana. Análisis multivariante de una encuesta a 6.400 lactantes. *Revista pediatría de atención primaria*. 2004; 6.21

¹⁹ Suárez P, Alonso JC, López AJ, Martín D, Martínez MM. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias. *Gaceta Sanitaria*. 2001; 15(2):104-110.

Los factores que favorecen el mantenimiento de la lactancia materna así como el abandono precoz han sido descritos en la literatura científica, abordando diversas áreas como son la formación y predisposición de la madre previa al nacimiento, las características del parto y puerperio inmediato, abordaje de la lactancia en la institución sanitaria, aspectos sociodemográficos, estado de salud de la madre y del niño. Dentro de estas áreas, aspectos más concretos como el peso del recién nacido y tipo de parto, edad y primiparidad, la ocupación y el nivel educativo de la madre, los apoyos por parte de familiares y otros muchos factores influyen de forma significativa en su duración^{23,24,25}. La hipogalactia es la principal causa de abandono de la lactancia materna²⁶.

La taxonomía NANDA-I, incluyó en el año 1992 el diagnóstico "Interrupción de la lactancia materna" asociándole una serie de factores relacionados entre los que se encuentran la prematuridad, enfermedad del niño o de la madre, contraindicación, empleo de la madre y necesidad de destete²⁷. En el marco de un proceso de implantación de Guías de Buenas Prácticas en Lactancia Materna dentro de un hospital terciario^{28,29}, la medición de la prevalencia de lactancia materna y la incidencia del diagnóstico "Interrupción de la lactancia materna" así como sus factores relacionados, permite conocer las necesidades de las madres lactantes y valorar los efectos de las intervenciones llevadas a cabo. Así mismo, trasladar los resultados a la validación y mejora en los contenidos de los lenguajes enfermeros ha de acompañar al proceso de consecución de la excelencia en cuidados.

²⁰Hostalot AM, Sorní A, Jovaní L, Rosal J, Mercé J, Iglesias J, et al. Lactancia materna en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento. *Anales de Pediatría*. 200; 54(3); Elsevier Doyma.

²¹Morán M, Naviero JC, Blanco E, Cabañeros I, Rodríguez M, Peral A. Prevalencia y duración de la lactancia materna: Influencia sobre el peso y la morbilidad. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2009 Abr [citado 2013 Jul 30]; 24(2):213-217. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000200017&lng=es

²²López RM, Molinero DD, Alvarado SR, Aldeán JA, Asencio JMM. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados a la adherencia prolongada. *Metas de enfermería*. 2011; 14(8):16-22

²³Martell Cebrián, D., Medina Santana, R., García Villanueva, E., & Saavedra Santana, P. (2002, December). Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. In *Anales de Pediatría* (Vol. 56, No. 2, pp. 144-150). Elsevier Doyma.

²⁴Suárez, A. (1999). Factores asociados al destete precoz. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 15(3), 278-84.

²⁵Prendes Labrada, M. D. L. C., Vivanco del Río, M., Gutiérrez González, R. M., & Guibert Reyes, W. (1999). Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(4), 397-402.

²⁶Martínez Galiano, J. M. (2010). Factores asociados al abandono de la lactancia materna. *Metas de Enfermería*, 13(6), 61-67.

²⁷NANDA International. (2010). *NANDA International, DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación, 2009-2011*. Elsevier España.

²⁸Ruzafa M, González E, Moreno T, del Río C, Albornos L, Escandell C. Proyecto de implantación de Guías de Buenas Prácticas en España 2011-2016. *Enferm Clin*. 2011; 21(5):275-283.

²⁹Grinspun D. Guías de práctica clínica y entorno laboral basados en la evidencia elaboradas por la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Enferm Clin*. 2011; 21(1):1—2

OBJETIVOS

- Describir la incidencia del diagnóstico de enfermería (00105) "Interrupción de la Lactancia Materna" y sus factores relacionados a los dos meses del nacimiento, en madres cuyo parto fue atendido en un hospital terciario durante la implantación de Guías de Buenas Prácticas en Lactancia Materna.

Describir la incidencia de interrupción tanto de la lactancia materna exclusiva (LME) como de la lactancia materna (LM) a los dos meses del nacimiento.

Asociar los motivos de interrupción de la lactancia expresados por las madres a los factores relacionados incluidos en la taxonomía NANDA

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo longitudinal prospectivo. La población fueron las madres asistidas en el parto por el centro, entre noviembre de 2012 y noviembre de 2013, en los que éste fuera único y el recién nacido no requiriera ingreso en Neonatología. La muestra fue definida por la posibilidad de seguimiento telefónico de casos dentro de una muestra obtenida por muestreo consecutivo, realizado durante los 5 últimos días hábiles de cada mes.

La recogida de datos consistió en una primera recogida en el día del alta, a través de un registro de lactancia elaborado e incluido en la historia clínica con motivo de la implantación de la Guías de Buenas Prácticas. La segunda recogida de datos se obtuvo a través de encuesta telefónica a las madres a los dos meses del nacimiento, realizada a través de un cuestionario ad hoc, cuya variable principal fue el tipo de lactancia en las últimas 24 horas. Se realizó una formación previa a los encuestadores para la realización y registro de las encuestas. Las variables cualitativas se describen con su distribución de frecuencias absolutas y relativas. Las variables cuantitativas se resumen con la media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico en caso de asimetría o elevada dispersión. Se estudió la relación entre variables cualitativas mediante Chi cuadrado o el test exacto de Fisher en caso de frecuencias esperadas menores de 5. Para todos los contrastes se utilizó como nivel de significación al 5% y análisis estadístico. El análisis se realizó mediante STATA 12.0

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 78 madres. La edad media fue de 32,3 años (DE: 6,4). La distribución de tipos de parto fue 43 (55,1%) eutócico, 14 (17,9%) instrumentado, 21 (26,9%) cesárea. La distribución por sexos de los recién nacidos fue del 50%. La nacionalidad fue española en un 51,3% de los casos. Otros orígenes fueron sudamericano 39,1%, resto de Europa 6,7%, asiática 1,3%, africana 1,3%.

La distribución de tipos de lactancia al alta fue de 53 (67,9%) de LME, 13 (16,6%) de lactancia materna mixta (LMM), 11 (14,1%) de lactancia materna considerada exclusiva (LMCE), y 1 (1,2%) de lactancia artificial (LA). A los 2 meses fue de 42 (53.8%) para LME, 19 (24.3%) para LMM y 17 (21,7%) para LA.

De un total de 64 (82%) madres que en el momento del alta proporcionaban una lactancia materna exclusiva (incluyendo LME y LMCE), en adelante LME-GRUPO A, a los dos meses 26 (40,6%) casos pasaron a una LMM o LA. En este grupo, la interrupción de la LME y LMCE según tipo de parto se dio en 16 (42,1%) entre los partos eutócicos, 4 (40%) entre instrumentados y 6 (37,5%) entre cesáreas. Con respecto a las características socio-demográficas, la interrupción se dio en 8 casos (50%) entre las madres sin estudios o con estudios primarios y 17 (36,9%) entre las que tenían estudios secundarios y universitarios. Con respecto a la nacionalidad de las madres, interrumpieron 14 (40%) de entre el total de españolas y 12 (48%) del total de mujeres con nacionalidad diferente a la española. Sobre la ocupación de las madres, la interrupción fue de un 14 (35.9%) en las trabajadoras por cuenta ajena, 2 (50%) por cuenta propia y 10 (50%) en desempleadas.

Entre las 26 (40,6%) madres que interrumpieron la LME y LMCE del denominado LME-GRUPO A, las causas más frecuentes de introducción de leche artificial a los dos meses, como única forma de alimentación o en forma mixta, fueron: hambre del bebé (28%), hipogalactia subjetiva (16%), incorporación al trabajo (16%), escasa ganancia de peso (12%), dificultades con el pecho (12%) e indicación pediátrica (12%).

De un total de 77 (98,7%) madres que en el momento del alta proporcionaban lactancia materna (incluyendo LME, LMCE y LMM) en adelante LM-GRUPO B, a los dos meses 16 (20,7%) dejaron de proporcionar leche materna a sus hijos pasando a LA. En este grupo, la interrupción de toda forma de lactancia materna según tipo de parto fue de 9 (20,9%) entre los partos eutócicos, 4 (28,5%) entre instrumentados y 3 (15%) entre las cesáreas. La interrupción se dio en 5 (27,5%) entre las madres sin estudios o con estudios primarios y 10 (17,5%) entre las que tenían estudios secundarios y universitarios. Con respecto a la nacionalidad de las madres, interrumpieron 11 (28,9%) de entre el total de españolas y 5 (14,2%) del total de mujeres con nacionalidad diferente a la española. Sobre la ocupación de las madres, la interrupción fue de 8 (16,6%) en las trabajadoras por cuenta ajena, 2 (50%) por cuenta propia y 6 (25%) en desempleadas.

Entre las 16 (20,7%) interrupciones de LME, LMCE y LMM del denominado LM-GRUPO B, las causas de abandono de la leche materna como forma de alimentación a los dos meses fueron: dificultades con el pecho (26,6%), rechazo del bebé (20%), hipogalactia subjetiva (13,3%), enfermedad niño/madre (13,3%).

CONCLUSIONES

La incidencia del diagnóstico de enfermería "Interrupción de la Lactancia Materna" para la LME (incluyendo LME y LMCE) del 40,6% y para la LM (LME, LMCE y LMM) del 20,7% a los dos meses del nacimiento, acompañada de los motivos más frecuentes de introducción de leche artificial y abandono definitivo de la leche materna, nos permiten configurar una imagen de la situación de la lactancia en las puérperas atendidas en el centro. Los resultados obtenidos, en las comparaciones de las variables consideradas, entre las madres que interrumpen la LME o la LM y las que no la interrumpen, así como entre los motivos de abandono, muestran tendencias similares a las recogidas en otros estudios, como el mayor abandono de la LME y LM en madres con menor nivel educativo. Aunque en el presente estudio estas tendencias no alcanzan significación debido a un tamaño muestral insuficiente.

Los factores relacionados con la interrupción de la lactancia incluidos en la taxonomía NANDA-I para el diagnóstico "Interrupción de la Lactancia Materna" responden a parte de las situaciones recogidas en este estudio, pero sugieren una actualización a través de la evidencia disponible en lo referente a otros factores que influyen directa e indirectamente en la aparición del diagnóstico, como los asociados a problemas específicos de la lactancia materna entre los que se encuentran la hipogalactia subjetiva, los problemas con el pecho o el rechazo del lactante, que podríamos considerar situaciones y no enfermedades de la madre, o bien aspectos relacionados con otras características socioculturales a parte del empleo de la madre como el nivel educativo y los rasgos culturales.

PROPUESTA DE VALIDACIÓN DE LA ETIQUETA DIAGNÓSTICA “RIESGO DE FRACASO ESCOLAR” Y SUS FACTORES DE RIESGO

AUTOR/ES

Daniel Guillén-Martínez, Isabel Morales-Moreno, Daniel Ros-García, Maravillas Giménez-Fernández, Francisca Sánchez-Ayllón, Paloma Echevarría-Pérez.

INTRODUCCIÓN

Los elevados niveles de abandono educativo temprano españoles son motivo de creciente preocupación; es señalado como uno de los problemas más graves del sistema educativo español, junto al rendimiento educativo de nuestros estudiantes al acabar la enseñanza obligatoria del que informan regularmente los sucesivos informes PISA (Ministerio de Educación 2010; Villar et al. 2012). Ambos problemas están relacionados, ya que, como veremos, un menor rendimiento en la enseñanza secundaria obligatoria puede propiciar un mayor abandono temprano de los estudios.

La preocupación por esta cuestión se explica por los previsibles efectos negativos del abandono en términos de inserción en el mercado de trabajo y carrera laboral futura de las personas que abandonan, pero también en otros ámbitos donde un mayor nivel de formación está asociado a resultados en términos de mejor salud, mayor esperanza de vida, mejor calidad de vida, menor criminalidad, mayor difusión y prevalencia de los valores democráticos o una más intensa participación social (Lochner y Moretti 2004; Heckman y Lafontaine 2010; Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE 2012).

La evaluación de los niños que sufren fracaso escolar se debe abordar desde una gran variedad de posibles factores contribuyentes. Los problemas de aprendizaje, retraso mental, el temperamento, problemas de conducta, dificultades de atención, cuestiones sociales o emocionales y las enfermedades crónicas, pueden contribuir a que existan dificultades de aprendizaje y de comportamiento que desemboquen en el fracaso escolar del niño. (Gifford, 2009).

El acceso a la salud y a los servicios sociales es extremadamente importante en estos grupos de niños, para que consigan tener éxito en su etapa escolar. Un estudio de la universidad de Carolina del Norte en Estados Unidos, nos demuestra que en general un 7% de los niños tienen alguna necesidad insatisfecha relacionada con la salud y esto los hace tres veces más propensos a tener un fracaso escolar. (Gifford, 2009).

La salud escolar es un ámbito en el que se ha puesto la mirada por parte de muchos profesionales, debido a la alta prevalencia de niños y adolescentes que tienen problemas de

desarrollo en el ámbito escolar, y a las graves consecuencias que de ello derivan (Fernández, 2012).

Enfermería es una de las disciplinas que debe estar presente en el abordaje de dichos problemas, tratando a los alumnos y a sus familias de un modo integral e incidiendo en la prevención y la promoción de la salud escolar.

La disciplina enfermera, en el marco de sus competencias profesionales, está preparada para ofrecer a la comunidad, el despliegue de toda una serie de tecnologías y técnicas adecuadas para la mejora o mantenimiento de la salud. Además, la enfermería como profesión debe tener una adecuada competencia relacional para ofrecer a las personas en sus experiencias de salud y de enfermedad, una serie de técnicas humanas, que faciliten el desarrollo de la persona necesitada de ayuda, de acuerdo a que ésta sea capaz de utilizar los recursos internos de los que dispone, para afrontar la situación de crisis en la que se encuentra del modo más sano posible (Barbero, 1999). Así, el bien intrínseco de la profesión, que no es otro que el cuidado, exige al profesional que éste tenga todo un conjunto de conocimientos: saber, la capacidad de llevarlos a cabo de modo adecuado y eficaz para la persona doliente: saber hacer; y compendio de actitudes que permitan establecer buenas relaciones humanas con el que sufre: saber ser (Bermejo, 1998).

Partiendo de todas estas ideas, cabe considerar que los constantes cambios respecto a las necesidades educativas y sanitarias de la sociedad actual, han generado nuevas demandas en el escenario escolar, donde las familias no sólo buscan la cobertura educativa, sino también una atención social (horarios más flexibles, actividades extraescolares, escuelas matutinas y vespertinas, etc.) y una atención en los aspectos sanitarios, como son los programas de prevención, de promoción, de vacunación, revisiones sistemáticas del estado de salud, etc. (Fontanet, 2007).

La discusión sobre la necesidad de una figura de enfermería escolar, no es nada novedosa, surgió en 1891 en el congreso de Higiene y demografía, celebrado en Londres (Drown, 1901).

La enfermería escolar, integrada dentro de la enfermería, tiene características comunes con la profesión enfermera, más otras características específicas, que son las que la identifican y la definen.

Por ello se deben establecer sus funciones y recoger dentro de la legislación y enmarcarlas en un marco conceptual. El marco legislativo que apoya dichas funciones viene dentro de las siguientes dos normativas:

La Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (2003). Y el Decreto 1231/2001 de Ordenación de la Actividad Profesional de Enfermería (2001).

La enfermera escolar, dentro de la realidad de la población infantil, guía y orienta, dando educación sanitaria y estrategias para adaptar buenos hábitos de salud, sin desmarcarse ni del microsistema en el que se encuentran los escolares y ni de su macrosistema. Dorothea Orem, con este Modelo y en especial con el Sistema de Apoyo Educativo recogido dentro de su Teoría de Sistemas Enfermeros, representa en su teoría la realidad de la enfermería escolar en el cuidado, autocuidado y educación de niños con enfermedad crónica, proponiendo las herramientas necesarias para que junto a ella pueda cumplir con éxito su regulación en el ejercicio y el desarrollo de la actividad de autocuidado de su problema de salud.

Hoy en día, la enfermería escolar se encuentra consolidada en países como EE.UU., Francia, Reino Unido u otros, de forma armónica y trabajando continuamente sin estar ajenos al sistema de salud donde se engloban, realizando proyectos en equipo y coordinados para mejorar la salud de la población escolar (Arancón Carnicero, 2010).

Entendemos que esta especialización de la enfermería es sumamente necesaria en el desarrollo completo del bienestar del niño, familia y comunidad, haciendo hincapié en la intervención desde el ámbito escolar.

El desarrollo de las actividades preventivas es un claro ejemplo de la incorporación del método científico a la praxis en nuestra actividad profesional, de la misma manera que la aplicación del proceso enfermero. La metodología de la investigación adaptada al ámbito de la Enfermería se ve claramente favorecida con la aportación que ejercen las taxonomías o lenguajes enfermeros, tanto en el diagnóstico, como en resultados e intervenciones. Unificar la metodología de la investigación y la metodología enfermera a través de un lenguaje común desde el ámbito escolar puede proporcionar un entorno y dinámica adecuados para la prevención y abordaje terapéutico en todos los problemas sociosanitarios que afectan durante la infancia, amenazando claramente el adecuado desarrollo global del niño.

OBJETIVOS

Proponer una nueva etiqueta diagnóstica a NANDA-I sobre Riesgo de Fracaso escolar

Realizar la validación de contenido de la nueva etiqueta diagnóstica "Riesgo de Fracaso Escolar" y de sus factores de riesgo a través del método Fehring.

METODOLOGÍA

Diseño

Hemos realizado un estudio exploratorio descriptivo, mediante el análisis sistemático de contenido. Se ha seguido una metodología cualicuantitativa

Tiempo y lugar de estudio

El estudio abarca de Febrero de 2013 a Febrero de 2014, realizado en todo el territorio español.

Población, muestra y procedimientos de muestreo

La población estudio la componen los enfermeros y enfermeras miembros de la Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar (SCE3). Seleccionados mediante procedimiento intencional, debiendo cumplir los criterios de inclusión del Método Fehring, que propone un diseño estandarizado basado en la opinión de expertos los cuales indican el grado en que cada característica definitoria y/o cada factor de riesgo es indicativo para cada etiqueta.

Este procedimiento para constituir el panel de expertos sigue 3 fases:

1ª Fase: se realiza una revisión bibliográfica, en la que identificamos 4 trabajos científicos con 10 autores.

2ª Fase: en la que a estos autores se les envía la propuesta para saber si pueden formar parte de nuestro panel de expertos.

3ª Fase: la constitución del panel de expertos.

Finalmente los 10 individuos fueron seleccionados como expertos y constituyeron la muestra del estudio.

Para la selección de estos expertos se realizó una revisión de literatura en el periodo comprendido entre enero y febrero de 2014.

Para ello se envió una carta de presentación y la encuesta que propone Guirao-Goris (2007) adaptada al contexto español de la propuesta de Fehring, para ser considerado como experto en esta área (Fehring, 1986); es en esta carta, donde proponemos una modificación a la encuesta de Guirao-Goris, añadiendo un cuarto punto a dicho cuestionario, que es:

Cumplir al menos uno de los siguientes requisitos:

Trabajar o haber trabajado en el área de Salud Escolar al menos 6 meses.

Poseer Formación específica en el área de Salud Escolar (Máster Oficial).

Poseer producción científica en el área de Salud Escolar.

Los 10 expertos finalmente seleccionados contestaron correctamente al cuestionario que propone Guirao-Goris (2007) y también contestaron positivamente a nuestra nueva propuesta; estos formarán parte de nuestro panel de expertos. Aunque para Fehring el panel debe estar compuesto por 25 expertos, Berra et al considera 9 expertos un número ideal para tal fin (Berra, 1996).

Instrumento de recogida de información:

Para poder realizar el diseño del instrumento, se comienza con una búsqueda bibliográfica. Como estrategia de búsqueda se han utilizado los siguientes descriptores: Fracaso escolar (school failure), enfermería escolar (school nurse), validación, diagnóstico de enfermería, aplicados a las bases de datos Medline, Cuiden Plus (INDEX), Cuidatge, ELSEVIER, EBSCO

El instrumento de recolección de información fue un formulario electrónico estructurado y autocumplimentable, con 10 preguntas sobre el nivel de experto en la materia a tratar y su propuesta de etiqueta, factores de riesgo y características definitorias si las hubiera. Es anónima y está formada por preguntas abiertas y cerradas (Guirao-Goris, 2007).

La encuesta se divide en cuatro apartados:

Nivel de experto.

Definición de una etiqueta diagnóstica (a la que deben dar nombre los expertos del panel).

Enumerar las manifestaciones que consideren que se dan con mayor frecuencia.

Enumerar factores etiológicos que pueden desencadenarse con mayor frecuencia en la situación definida, si no fuese una etiqueta diagnóstica se riesgo.

Procedimiento de recogida de información-validación:

Una vez seleccionados los expertos, se inicia el proceso de validación del contenido. Para ello debían contestar el cuestionario adjunto a la carta de presentación y leer la documentación informativa que se adjuntaba.

Se reciben las respuestas de los expertos, en las que figura la propuesta de "Etiqueta" y "Factores de Riesgo".

Se ha realizado un análisis exploratorio inicial y de interpretación de contenido respecto a esta primera etapa. Próximamente, se realizará el resto del procedimiento de recogida de información que abarca la aplicación de la técnica Delphi (consenso de expertos) y la asignación de puntuaciones ponderadas a cada respuesta.

En esta segunda fase de la validación, el equipo investigador remitirá a los expertos las propuestas sugeridas por todos ellos, para que sean puntuadas de la siguiente manera:

En cuanto a las etiquetas se eligen tres (asignando el valor 3 a la etiqueta que era muy representativa de la definición propuesta; el valor 2 a la etiqueta que era medianamente representativa, y el valor 1 a la que era algo representativa de la definición aportada); respecto a los Factores de Riesgo, se valorará tal como describimos a continuación:

1. En absoluto indicativo o característico del diagnóstico. Puntuación 0
2. Muy poco característico. Puntuación 0,25

3. Algo característico. Puntuación 0,50

4. Considerablemente característico. Puntuación 0,75

5. Muy característico. Puntuación 1

Una vez realizada la ponderación, el sumatorio de cada una de ellas y la media, se establecerá la pertinencia según los siguientes intervalos interpretativos (Guirao-Goris 2007):

0-0.49: se consideran descartables

0.50-0.79: características menores.

≥0.80: Características críticas

Finalmente se obtendrá el índice de validez de contenido, que es la puntuación total para cada diagnóstico, sumando los pesos individuales de cada característica de mayor o menor y dividiendo por el número de estas características (Guirao-Goris 2007).

RESULTADOS

En septiembre de 2013 fue registrada la propuesta de etiqueta en NANDA-I, estando actualmente en revisión. En el proceso de validación encontramos planteamientos que también defienden un diagnóstico enfermero real, no de riesgo.

Tabla 1. Etiquetas propuestas por el panel de expertos

Etiqueta propuesto por los expertos	Nº de expertos que proponen etiqueta	Porcentaje de expertos
Riesgo de fracaso escolar	2	20%
Deterioro del proceso de aprendizaje (real)	3	30%
Riesgo de deterioro del proceso de aprendizaje	2	20%
Riesgo de deterioro de la capacidad cognitiva	2	20%
Déficit de conocimientos	1	10%

Fuente propia

Tabla 2. Clasificación de los Factores de Riesgo según el panel de expertos.

Tipo de Factor de Riesgo	Nº de Expertos	Porcentaje
Sociofamiliar	36	61.5%
Mental	14	23%
Fisiológico	9	15.5%

Fuente propia

DISCUSIÓN

El concepto diagnóstico, que puede constar de una o más palabras, debe de contribuir a dar en conjunto un significado único. Atendiendo a la respuesta humana debe ser consistente con la definición de Diagnóstico de Enfermería. El fracaso escolar, da consistencia a la definición del diagnóstico propuesto.

Según las propuestas realizadas, seleccionaremos las siguientes etiquetas para la fase de consenso de expertos Delphi: "Riesgo de fracaso escolar", "Deterioro del proceso de aprendizaje (real y de riesgo)" y "Riesgo de deterioro de la capacidad cognitiva".

NANDA-I propone clasificar los factores de riesgo en ambientales, fisiológicos, psicológicos, genéticos, podemos observar que nuestros factores de riesgo mayoritariamente han sido principalmente factores sociofamiliares en un 61%, mental en un 23% y fisiológico en un 15,2%.

Los factores sociofamiliares son los que parecen determinar en mayor medida, el fracaso escolar; intervenir sobre ellos de manera preventiva conduciría a un mayor nivel de desarrollo del niño en todas las facetas de su vida, mejorando la calidad de la misma (Fontanet, 2007).

Además los problemas sociofamiliares, pueden ser detectados precozmente por el profesional de enfermería, ello contribuirá a evaluar las necesidades del estudiante y de la familia, las cuales podrán ser abordadas por el profesional que corresponda en cada caso (Gifford, 2009).

CONCLUSIONES

NANDA-I ha admitido a trámite la propuesta de la nueva etiqueta diagnóstica, aspecto que avala la relevancia del problema y la necesidad de su abordaje.

La propuesta de definición para la etiqueta "Riesgo de fracaso escolar" es: Riesgo de deterioro de la capacidad de llevar a cabo un proceso de aprendizaje favorable en el ámbito escolar, en los diferentes niveles y etapas de la niñez y adolescencia.

Es necesario continuar investigando la pertinencia y justificación de esta etiqueta diagnóstica, asociada íntimamente al nuevo perfil emergente de enfermera escolar.

BIBLIOGRAFÍA

- Arancón Carnicero, C. 2010. Enfermera escolar <<dextra>> enfermera comunitaria. Rev. ROL Enf., 33 (1), 29-29.
- Barbero, J. 1999: Humanización: ¿tecnología punta?, en Salir de la noche. Por una enfermería humanizada. Santander: Sal Terrae. (J.C. Bermejo (ed.)).
- Bermerjo, J. C. 1998: Apuntes de relación de ayuda. Santander: Sal Terrae.
- Berra de Unamuno A, Marín-León I, Álvarez-Gil R. Metodología de expertos. Consenso en Medicina: "Sistemática para la composición de los paneles de expertos". Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública - Junta de Andalucía, 1996; 71-80.
- Drown, L.L. 1901. The London Public-School nursing. The American Journal of Nursing, 1(4), 270.

Fehring R. Validating diagnostic labels: Standardizing methodology. En Hurley M (ed.). Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the sixth conference. St. Louis: NANDA, 1986; 183-190

Fernandez Enguita, M., Mena Martínez, L., & Riviére Gómez, J. (2012). Fracaso y abandono escolar en España. Política y Sociedad, 49(1), 197-198-200.

Fontanet Cornudella, G. 2007. Colegi Oficial d'Infermeria de Barcelona, versión 1. Recuperado 20 de abril, 2011, de <http://212.9.72.18/uploadsBO/Noticia/Documents/La%20enfermera%20en%20la%20escuela%20marzo%202007.pdf>

Gifford E, et al. 2009. Pairing Nurses and Social Workers in School: North Carolina's School-Based Child and Family Support Teams. Journal of School Health. Durham, 2010, Vol. 80; nº2. 104-107.

Guirao-Goris JA, Moreno-Pina P, Martínez del Campo P. Validación del contenido diagnóstico de la etiqueta diagnóstica enfermera "sedentarismo". Enferm Clin 2001; 11:135-140.

Heckman J.J. y P.A. LaFontaine (2010). «The American High School Graduation Rate: Trends and Levels», Review of Economics and Statistics, MIT Press, 92, 2, mayo, 244-262.

Lochner, L.J. y E. Moretti (2004). «The Effect of Education on Crime: Evidence from Prison Inmates, Arrests, and Self-Reports», American Economic Review 94, 155-189.

Ministerio de Educación (2010). PISA 2009. Programa para la Evaluación Internacional de los Alumnos. OCDE. Informe Español. Madrid: Dirección General de Evaluación y Cooperación Territorial. Instituto de Evaluación.

OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) (2012). Education at a Glance 2012: OECD Indicators, París: OCDE Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/eag-2012-en>.

Villar, A. (coord.), S. De la Rica, J.I. García, A. González, M. Hidalgo, J.A. Robles, L. Serrano y A. Soler (2012). Educación y desarrollo: PISA 2009 y el sistema educativo español. Bilbao: Fundación BBVA, 337 pp.

EXPERIENCIA APLICANDO EVIDENCIA CIENTÍFICA A LA TAXONOMÍA ENFERMERA PARA PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS

AUTOR/ES

Yolanda Martín Vaquero, Carmen Villar Bustos, Azucena González Sanz

INTRODUCCIÓN

"El Banco de Evidencia en Cuidados es un proyecto que responde a la necesidad de contar con las mejores evidencias disponibles en cuidados ligados a la cartera de servicios de SACyL.

Es una herramienta para facilitar la implementación de las evidencias a la práctica clínica en el SACyL. La cultura actual en relación a los cuidados de salud y la atención sanitaria está presidida por ideas como responsabilidad, coste efectividad, resultados, calidad, competencia y otras que conducen a la exigencia de una prestación sanitaria basada en fundamentos empíricos rigurosos, avalados científicamente. Inmerso en esta cultura se halla la corriente de la Enfermería Basada en la Evidencia. Desde la perspectiva de la evidencia, la concepción de la práctica de la enfermería se ve modificada, en la medida que brinda la posibilidad de revisar, reconstruir y rehacer los servicios que presta la enfermera a la luz de pruebas válidas y útiles - aplicabilidad clínica- procedentes de la investigación. "

Portal de Salud de la Junta de Castilla y León -Banco de Evidencias en cuidados ¹.

La búsqueda de evidencia de buenas prácticas es imprescindible para formular y llevar a cabo los cuidados de enfermería. Con frecuencia los profesionales adoptan conductas diferentes ante la misma situación clínica y en algunas ocasiones no coincide con la evidencia que resulta de la investigación disponible. Para disminuir la brecha existente entre la investigación y la práctica, surge la Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE) que favorece el pensamiento crítico y la actualización de conocimientos, sirve para promover el avance de las ciencias enfermeras y mejorar su credibilidad como profesionales autónomos².

Según la NANDA (North American Nursing Diagnosis Asociation)³, Intervención enfermera es:

"Todo tratamiento basado en el conocimiento y el juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para obtener resultados sobre el paciente/cliente" ⁴.

En la Atención Especializada de Salud Castilla y León (SACyL) se está llevando a cabo el desarrollo e implantación de Planes de Cuidados Estandarizados con utilización de taxonomía NANDA/NIC/NOC basados en Evidencia, en los que se hacen recomendaciones sobre aquellas actividades enfermeras con mejor evidencia científica.

La PCBE favorece la utilización de los resultados de la investigación para disminuir la variabilidad y así lograr a medio-largo plazo un aumento de la calidad. En la aplicación práctica del Proceso de Atención de Enfermería son fundamentales conocimientos, habilidades y actitudes, esto se hace necesario igualmente para la aplicación de la PCBE². Un grupo de enfermeras de SACyL recibió formación sobre Enfermería Basada en Evidencia (EBE) para la integración y puesta en práctica de estas metodologías enfermeras y servir de ayuda tanto en su aplicación práctica en la clínica diaria o como base para la realización de nuevos estudios que determinen la valoración de la Evidencia Científica en las Intervenciones enfermeras.

OBJETIVOS

Integrar la Taxonomía NANDA NOC NIC y la Enfermería basada en Evidencia en la elaboración de planes de cuidados de enfermería.

Conocer nivel de evidencia científica y grado de recomendación de las actividades de la NIC.

Determinar otras actividades con alta evidencia disponible que no estén incluidas en la NIC

MÉTODO

Se forma un grupo de enfermeras -asistenciales y gestoras- de todas las gerencias de SACyL en la metodología EBE para la elaboración de protocolos de revisión sistemática. Las evidencias obtenidas de estas revisiones se han clasificado y se elaboran recomendaciones siguiendo la clasificación de evidencias del Instituto Joanna Briggs (JBI) ⁵. Se trabaja sobre la metodología de Duarte G. "Vayamos Paso a paso"⁶, y se aplica la clasificación de evidencias del Instituto Joanna Briggs. Se realiza estrategia de búsqueda siguiendo el formato PICO (problema-intervención-comparador-resultado), conversión a DEC y MeSH. Búsqueda en bases de datos online (BVS, Medline, Cochrane, JBI, Cuiden, INAHTA, CINAHL etc.) y búsqueda referencial de los últimos años. Idiomas: español, inglés y portugués. Se seleccionan estudios secundarios, según su diseño (Revisiones Sistemáticas, metaanálisis o metasíntesis, Guías de Práctica Clínica basadas en evidencias y resúmenes de evidencia) y primarios ECA, Cohortes que cumplan criterios de calidad y homogeneidad metodológica establecidos por CASPe >6/11⁷ y AGREE >60%⁸; criterios de homogeneidad para que las actividades seleccionadas sean extrapolables a nuestra población y práctica profesional.

El análisis de datos se realiza mediante tablas de síntesis de los resultados considerados relevantes haciendo la equivalencia con las actividades recomendadas en la NIC y adjudicando Niveles de Evidencia y Grados de Recomendación según los resultados de calidad procedentes de la lectura crítica. Se completa con una discusión y conclusiones por desarrollo narrativo donde se razona sobre las recomendaciones realizadas, así como la explicación sobre la necesidad de incluir nuevas actividades si procede.

El grupo de Atención Especializada, al que pertenecemos, ha trabajado sobre recomendaciones para los planes de cuidados Estandarizados de Atención Especializada utilizando la Taxonomía NANDA/NIC/NOC. Por esta razón los protocolos de revisión sistemática se realizarían sobre Intervenciones NIC.

DESARROLLO CONCEPTUAL

En el año 2008 comienza a funcionar el grupo de enfermeros/as pertenecientes al grupo investigadores de enfermería basada en evidencias de Castilla y León en el 1º curso de investigación secundaria de enfermería basada en la evidencia, celebrado en la gerencia de atención primaria de Sacyl Valladolid Oeste.

La finalidad era difundir la práctica de la EBE y fomentar la creación de grupos de trabajo en esta metodología dentro de cada centro, partiendo de la formación recibida por los asistentes al curso inicial. En un primer momento el grupo está compuesto por enfermería de Atención Primaria y, se abre a la enfermería de Atención Especializada en 2010. Desde ese momento, cada año uno de los objetivos dentro del Plan Anual de Gestión (PAG) ha sido la realización de una nueva revisión de evidencia en cuidados sobre los procesos diseñados en el área, o bien sobre intervenciones de continuidad de cuidados centrados en el paciente crónico. En SACyL se venía trabajando en el desarrollo e implantación de Planes de Cuidados Estandarizados con utilización de taxonomía NANDA/NIC/NOC para incluirlos dentro del software de cuidados GACELA-Care”

La elaboración de estos resúmenes de evidencias por cada hospital sirve para incorporar aquellas actividades con mejor evidencia a la base de conocimientos del programa GACELA, a la vez que son publicadas en el “Banco de Evidencias en Cuidados” del SACyL una vez que han sido evaluadas por dos revisores externos.

Este proceso ha ido evolucionando durante estos años y adaptándose a la experiencia de los diferentes grupos de trabajo.

RESULTADOS

A partir del material docente utilizado en el curso se creó el Banco de Evidencias en Cuidados dentro del portal de Salud de la Junta de Castilla y León, se elaboraron 2 pósteres relacionados con una bibliografía de 92 enlaces a páginas Web de alta calidad con recursos como libros, videos y portales de evidencia y de investigación secundaria. El Banco de Evidencias en Cuidados ha ido creciendo cada año con las aportaciones de los distintos grupos incorporando aquellos resúmenes de evidencias que previamente han pasado el filtro de revisores externos.

Durante estos años ha ido evolucionando la temática de las revisiones, en un primer momento se hacía sobre un plan de cuidados completo, por lo que corresponde a nuestro grupo, en el

Complejo Asistencial de Zamora en 2010 evaluamos el plan de cuidados del Cólico Nefrítico ¹, dada la complejidad de realizar una revisión sobre un tema tan amplio y a la vista de los dispares resultados obtenidos por los diferentes grupos, la revisión pasa a realizarse sobre una Intervención concreta incluida en alguno de los planes de Cuidados Estandarizados. En el año 2011 la Intervención seleccionada fue la NIC 6490 Prevención de caídas del plan de cuidados Paciente Hospitalizado Pluripatológico ⁷ y en el año 2012 la Intervención seleccionada fue la NIC 1730 Restablecimiento de salud bucal incluida en el Plan de cuidados para el Paciente Terminal

¹.

A partir del 2013 las revisiones se realizan sobre los procesos diseñados en el área, o bien sobre intervenciones de continuidad de cuidados en el paciente crónico (en 2013 fue NIC 3320 Oxigenoterapia). Para todas estas revisiones se identifican un total de 9968 estudios, de los cuales cumplen criterios 617, se hizo lectura crítica de 124 y una selección definitiva de 65 para las intervenciones estudiadas, Revisiones sistemáticas (27), Guías Práctica Clínica (17), Resúmenes de evidencia (4), Casos y Controles (4), ECA (4)

Se realizan recomendaciones para incluir en la NIC de actividades nuevas halladas en nuestra investigación que tengan un elevado nivel de evidencia y alto grado de recomendación. El hallazgo más común en las tres estudiadas es la inclusión de escalas ya existentes para evaluar la situación del paciente periódicamente, es la forma más correcta de medirnos y conseguir indicadores de mejora.

Se seleccionan las actividades con mayor nivel de evidencia y alto grado de recomendación dentro de la NIC en cada una de las Intervenciones para incluirlas en los planes de cuidados estándar. Otras actividades presentes en las intervenciones carecen de evidencia científica por lo que sería recomendable la revisión de estas actividades para comprobar su aplicación en otras situaciones no estudiadas aquí o proceder a la eliminación de su recomendación. Tras una revisión externa se publican

DISCUSIÓN

Las principales barreras al desarrollo de esta investigación han sido las dificultades metodológicas y la escasa formación por parte del personal, el tiempo destinado a la formación por parte de aquellas personas que se quieren incorporar al grupo es alto y existen problemas laborales a la hora de facilitar su formación. La consecuencia es el bajo número de personas dispuestas a participar en proyectos de este tipo.

Otro de los problemas que hemos tenido ha sido la falta de coordinación de los grupos creados. No ha existido, o al menos no lo percibimos, una estructura que potencie y organice de una forma coherente el desarrollo de estos trabajos, esto ha hecho que los grupos de algunos hospitales abandonaran el proyecto.

Como ventajas coincidimos todos los componentes del grupo en el enriquecimiento personal y profesional que nos aporta el dominio de esta metodología y el conocimiento adquirido en otras áreas profesionales distintas a las habituales.

Las limitaciones observadas han sido la escasez de estudios de enfermería con diseños apropiados y la heterogeneidad en la práctica asistencial, en referencia a la realización de determinadas intervenciones por diferentes profesionales. Para la búsqueda bibliográfica se prescindió del MeSH "Nursing care" utilizado en un primer momento, ya que no todas las intervenciones que realiza el personal de enfermería en España son desempeñadas por el mismo personal en distintas partes del mundo. A esto hay que añadir las limitaciones metodológicas derivadas de los tipos de trabajo encontrados, muestras pequeñas, riesgos de sesgos de resultados y heterogeneidad de los mismos. Los tamaños muestrales de algunos de los artículos revisados ha condicionado el nivel de evidencia y grado de recomendación de algunas de las recomendaciones extraídas de los estudios. La dificultad del idioma y la falta de recursos para acceder a artículos de pago ha sido otra de las limitaciones.

Las implicaciones de todo este trabajo para la investigación futura indican la necesidad de generar investigación primaria, esta metodología muestra aquellos campos donde es necesario generar investigación porque no exista o sea insuficiente y seguir incorporando el lenguaje NIC a la investigación secundaria en su utilización como MeSH.

CONCLUSIONES

Los planes de cuidados facilitan la aplicación del proceso de enfermería y ofrecen un mecanismo para asegurar la continuidad de los cuidados cuando el paciente abandone un centro asistencial mientras aun precisa apoyo. Se observa la escasa evidencia que hay sobre muchas de las actividades incluidas en la NIC, sería importante seguir trabajando en la incorporación de la evidencia y tener en cuenta esta consideración a la hora de seleccionarlas en la elaboración de los planes de cuidados para evitar aquellas sobre las que no existe evidencia o seleccionar en último caso las que no supongan discomfort añadido a la situación del paciente. Realizar la validación clínica de los diagnósticos, formular intervenciones de enfermería y evaluar la eficacia de las mismas mediante la evidencia científica de tal forma que permita mejorar la calidad de los cuidados de enfermería. Para la evaluación sería recomendable la incorporación de actividades sobre la utilización de escalas en aquellas intervenciones donde se haya demostrado su evidencia. En nuestro trabajo hemos encontrado escalas para cada una de las intervenciones evaluadas y recomendamos su inclusión en las NIC estudiadas.

En la práctica clínica aporta la utilidad de recurrir a la EBE para la elaboración de los PCE y la utilidad para; para el desarrollo de la EBE el incorporar a la evidencia en los protocolos de revisión el lenguaje NANDA– NOC–NIC creemos que le aporta un valor especial. Es necesario

continuar la investigación en los diagnósticos para mejorar el conocimiento y la evidencia en la clínica de nuestra profesión. El objetivo de la EBE es mejorar la calidad de los cuidados y para eso es preciso un cambio de actitudes y conductas, avaladas por los mejores conocimientos. Pensamos que la incorporación de la evidencia científica a las actividades de la NIC facilitaría en gran medida este objetivo.

BIBLIOGRAFÍA

Portal Salud Castilla y León Banco de evidencias en cuidados [Internet] Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/invesalud/banco-evidencias-cuidados>

Gálvez A. Enfermería basada en la Evidencia. Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Cuadernos metodológicos Index 1. Granada: Fundación INDEX; 2007.

NANDA internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación (2009-2011). España: ELSEVIER; 2010

Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey J. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª Ed. España: ELSEVIER; 2009

Joanna Briggs Institute. Niveles de evidencia. [Internet]. 2006. Disponible en: www.joannabriggs.edu.au

Duarte Clíments G, Sánchez Gómez MB. 10 pasos para realizar una revisión sistemática: "vayamos paso a paso". Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2008[consultado el 6 Marzo 2014]; 5. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n5/o086.php>

Villar Bustos MC, Martín Vaquero Y, García Calderón MS, González Sanz A. "Evidencias Para La Prevención De Caídas En El Paciente Hospitalizado Pluripatológico" Revista EnfermeríaCyL[Internet]. 2012 [consultado 10 Mar 2014]; 4(2): 21-39. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/83>

CASPe. Programa de habilidades en lectura crítica. [Internet] España, 2008. Disponible en: www.redcaspe.org/homecaspe.asp.

Evaluación de Guías de Práctica Clínica. Instrumento Agree. [Internet] Septiembre 2011. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ostebe/es/contenidos/informacion/ostebe_formacion/es_ostebe/adjuntos/instrumento_Agree.pdf

EVIDENCIA SOBRE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DEL CÓLICO NEFRÍTICO DE SACYL. *Publicado en Banco de Evidencias en cuidados SACYL. 2010*

Código	Intervención NIC	Nivel Evidencia	Grado Recomendación
1400	Manejo del dolor	NE I	GR A
2210	Administración de analgésicos,	NE I	GR A
2300	Administración de medicación,	NE I	GR A
2313	Administración de medicación: intramuscular (i.m)	NE I	GR A
2314	Administración de medicación: intravenosa (i.v.)	NE I	GR A
2440	Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)	NE I	GR A
2930	Preparación quirúrgica	NE I	GR A
5618	Enseñanza: procedimiento/tratamiento	NE I	GR A
6680	Monitorización de los signos vitales	NE I	GR A
7820	Manejo de muestras	NE I	GR A
0590	Manejo de la eliminación urinaria	NE 2	GR B
3740	Tratamiento de la fiebre,	NE 2	GR B
4130	Monitorización de líquidos	NE 2,	GR B
5602	Enseñanza: proceso de enfermedad	NE 2,	GR B
5614	Enseñanza: Dieta prescrita	NE 2,	GR B
1380	Aplicación de calor o frío	NE 3 B	GR C
1450	Manejo de las náuseas	NE 3 B	GR C
5820	Disminución de la ansiedad	NE 3 B	GR C

EVIDENCIAS PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO PLURIPATOLÓGICO. *Publicado en Revista Enfermería CyL 2º premio Certamen científico FECyL. 2011*

PES10009 PACIENTE PLURIPATOLÓGICO	
INT06490 - Prevención de caídas	
Actividades incluidas en plan de cuidados estándar	Nivel evidencia/Grado R
Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulación estable ACT42549	NE: III GR: C
Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos. ACT06307	NE: IV GR: C
Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama. ACT57023	3 estudios (niveles dispares I, II y IV) B
Actividades sugeridas para incluir en plan de cuidados estándar	
Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados sanitarios para minimizar los efectos secundarios de los medicamentos que contribuyen a la posibilidad de caídas.	NE: I GR: A
Colocar la cama mecánica en la posición más baja	NE: II GR: B
Establecer un programa de ejercicios físicos de rutina que incluya el andar	NE: I GR: A

Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.	Incluir en escala de valoración NE: I-II GR: A
Identificar déficit cognoscitivos o físicos del paciente de pueden aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado	Incluir en escala de valoración NE: I-II GR: A
Revisar la historia de caídas con el paciente y la familia	Incluir en escala de valoración NE: I-II GR: A
Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre o luz de llamada) cuando el cuidador está ausente	NE: II GR: B
Actividades no incluidas en la Intervención	
Utilizar una herramienta de valoración del riesgo establecida para valorar los factores del riesgo del individuo	NE: I GR: A

EVIDENCIAS DE LOS CUIDADOS PARA EL RESTABLECIMIENTO DE SALUD BUCAL EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO TERMINAL. *Publicado Banco de Evidencias en cuidados SACyL 2012*

PES00016 - PACIENTE TERMINAL INT01730 – Restablecimiento de Salud Bucal		
Actividades incluidas en plan de cuidados estándar	Nivel / Grado	
Vigilar labios, lengua, membranas, mucosas, fosas tonsilares y encías para determinar la humedad, color, textura, presencia de restos e infección, disponiendo para ello de una buena iluminación y una hoja para la lengua ACT60254	NE: I / II	GR: A
Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario. ACT12571	NE: II	GR: B
Fomentar enjuagues frecuentes de la boca con cualquiera de las siguientes sustancias: solución de bicarbonato de sodio, solución salina normal o solución de peróxido de hidrógeno. ACT15305	NE: II	GR: B
Actividades sugeridas para incluir en plan de cuidados estándar		
Aplicar anestésicos tópicos, pastas de protección bucal o analgésicos sistémicos si es preciso ACT00817	NE: I	GR: A
Observar si se producen efectos terapéuticos derivados de los anestésicos tópicos, pastas de protección bucal y analgésicos tópicos o sistémicos si procede ACT39527. Incluir escala diaria de valoración	NE: I-II	GR: A
Observar si hay signos y síntomas de glositis y estomatitis ACT39414 Incluir escala diaria de valoración	NE: I-II	GR: A
Consultar con el médico si los síntomas de glositis y estomatitis persisten o empeoran ACT06762 Incluir en la actividad propuesta	NE: I-II	GR: A
Actividades no incluidas en la Intervención		
Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados sanitarios para minimizar los efectos secundarios de los medicamentos que contribuyen al deterioro de la salud bucal.	NE: II	GR: B
Evaluar la situación del paciente diariamente con instrumentos que incluyan evaluación visual, del dolor y la capacidad de deglutir. Utilizar herramientas de clasificación de la mucositis como la escala de la OMS Cambiar por la primera propuesta	NE: I / II	GR: A

EVIDENCIAS DE LOS CUIDADOS PARA NIC3320 Oxigenoterapia. *Revisión informe. 2013*

	Propuesta Equivalencia NIC	NE/	GR
Muy recomendable	Administrar Oxígeno suplementario según órdenes	NE: I	GR: A
	Vigilar el flujo de litro de Oxígeno	NE: I	GR: A
	Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de Oxígeno para comprobar que se administra la concentración prescrita	NE: II	GR: B
	Controlar la eficacia de la Oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría de sangre arterial),	NE: I	GR: A

	Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno.	NE: I/II	GR: A
	Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia por absorción	NE: I/II	GR: A
	Disponer el uso de dispositivos de oxígeno que faciliten la movilidad y enseñar al paciente en consecuencia.	NE: I/II	GR: A
	Cambiar al dispositivo de aporte de oxígeno alternativo para fomentar la comodidad, si procede		
Recomendable	Comprobar la posición del dispositivo de aporte de Oxígeno	NE III	GR C
	Comprobarla capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno mientras come	NE III	GR C
	Cambiar el dispositivo de aporte de oxígeno de la máscara a cánulas nasales durante las comidas, según tolerancia.	NE III	GR C
	Comprobar el equipo de oxígeno para asegurar que no interfiere con los intentos de respirar por parte del paciente	NE III	GR C
	Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la terapia de oxígeno	NE: II	GR: B
	Consultar con otros cuidadores acerca del uso de oxígeno complementario durante periodos de actividad y/o sueño	NE: III	GR: C
	Instruir al paciente y a la familia en el uso de oxígeno en casa	NE: II	GR: B
	Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales si procede	NE III	GR C
	Restringir el fumar	NE: I	GR: A
	Mantener la permeabilidad de las vías aéreas	NE III	GR C
	Proporcionar oxígeno durante los traslados del paciente	NE: II	GR: B
	Aconsejar al paciente que obtenga la prescripción de oxígeno suplementario antes de realizar viajes en avión o gran altitud		
	Instruir al paciente acerca de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de Oxígeno encendido	NOrecomendable	
Propuesta Equivalencia NICTIVIDADES QUE SE PODRÍAN AÑADIR		NE	/GR
Muy	Valoración mediante la utilización de escalas como Modified Early Warning Scoring System	NE: I/II	GR: A
	Mantener una saturación de oxígeno entre 90-92 % acceso generalizado a la oximetría de pulso debe ser proporcionada a personal paramédico para asegurar que los pacientes reciben un nivel de oxígeno que previene la hipoxia y limita el riesgo de hipercapnia	NE: I	GR: A
Re	Se debe llevar un registro escrito de la terapia de oxígeno que se le ha dado a cada paciente	NE: I/II	GR: A
	Los pacientes con EPOC (y otras condiciones de riesgo) que han tenido un episodio de insuficiencia respiratoria hipercápnica deben ser emitidos con una tarjeta de alerta de oxígeno y con un 24 % o 28%	NE: II	GR: B

CONSTRUCCIÓN DEL NOC CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO: ACTIVIDAD Y EJERCICIO PRESCRITO

AUTOR/ES

Gemma Espigares-Tribó ¹, Luisa Guitard-Sein Echaluze ², Divina Farreny-Justribó ^{2,3},

Josep M^a Gutiérrez-Vilaplana^{2,4}, Noemi Serra-Payà⁵, Iluminada Arias-Rodriguez⁴

¹ Estudiante del máster de investigación de la Universidad de Lleida, ²Profesor/a de la Facultad de enfermería de la Universidad de Lleida, ³Departamento de Cooperación Municipal- Unidad de Salud pública. Diputación de Lleida, ⁴ Servicio de nefrología. Hospital Universitario Arnau de Vilanova⁵Profesora del Instituto Nacional de Educación Física de Catalunya (INEFC-Lleida)

PALABRAS CLAVE

Validación, NOC, Actividad física, Ejercicio físico, Cumplimiento.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular y sus complicaciones pueden aumentar más del 10% el coste sanitario. El coste de un paciente hipertenso, es de media, el doble que un normotenso ¹.

La realización de actividad física (AF) forma parte de las medidas no farmacológicas del tratamiento de la HTA. Las recomendaciones ampliamente consensuadas²⁻⁶ prescriben al menos 5 días de actividad a la semana de ejercicio aeróbico (como nadar o ir en bici) un mínimo de 30 minutos. La guía europea de HTA 2013² (*European Society of Hypertension/European Society of Cardiology*) indica que el cumplimiento de estas recomendaciones se asocia a un mejor control de la HTA. Se apunta como clave de éxito para mejorar la adherencia la actitud frente al cambio en la modificación de conductas.

Los diagnósticos enfermeros NANDA-International⁷ constituyen un marco útil para la investigación enfermera porque definen las situaciones de salud que identifican y tratan las enfermeras. En la conferencia de 2004 se aprobó el diagnóstico *Sedentarismo* y posteriormente en 2012 se modificó la etiqueta por la de *estilo de vida sedentario*⁷. Los factores relacionados aprobados para este diagnóstico son: conocimientos deficientes sobre los beneficios del ejercicio físico, falta de interés-motivación, falta de recursos (tiempo, dinero, compañía, instalaciones) y falta de entrenamiento para la realización de ejercicio físico⁷. En otras conferencias se aprobaron las intervenciones NIC ⁸ (*Nursing Intervention Classification*) con actividades adecuadas para abordar este diagnóstico y los resultados NOC ⁹ (*Nursing Outcomes Classification*) con los correspondientes indicadores para evaluar las modificaciones logradas.

Al implementar una intervención para mejorar y mantener el nivel de actividad física en personas con hipertensión el NOC *conducta de cumplimiento* (1601) no resulta suficientemente concreto para plantear los indicadores de resultados adecuados.

OBJETIVOS

Construcción de un nuevo NOC para medir el cumplimiento de un programa de ejercicio físico.
Evaluación de la validez del NOC propuesto mediante concordancia de expertos.

MATERIAL Y MÉTODO

Para el proceso de construcción del NOC *conducta de cumplimiento*: actividad y ejercicio prescrito se diseñó un estudio utilizando la técnica cualitativa Delphi.

Se contactó con 6 expertos del ámbito de la enfermería y licenciados en actividad física y deporte que cubrían los perfiles docente, investigador y asistencial, tanto en el campo de la taxonomía enfermera como de prescripción de ejercicio (características detalladas en los resultados mediante estadística descriptiva).

El proceso se desarrolló mediante dos rondas entre enero y febrero de 2014. En la 1ª ronda se contactó con los expertos, explicándoles los objetivos del estudio y facilitando bibliografía de referencia, así como el NOC *Conducta de cumplimiento* (1601). Se les pidió que opinaran sobre la adecuación de los indicadores del NOC 1601 en el estudio sobre ejercicio físico y la conveniencia de construir un nuevo NOC, así como la posible definición y la propuesta de los indicadores de resultado del nuevo NOC.

En la 2ª ronda se pidió opinión mediante un cuestionario construido para tal fin a los expertos. En él jerarquizaban, valoraban y comparaban la agregación de resultados obtenidos en la ronda previa, así como la propuesta de etiqueta y definición del NOC.

Análisis estadístico:

Para obtener evidencias de validez del contenido se utilizó la definición conceptual según el modelo de Haladyna¹⁰ y el juicio de los expertos en la construcción de los indicadores de resultado según Delgado-Rico et al¹¹.

Se utilizó el Índice de Validez de Contenido (IVC) mediante la fórmula utilizada por Rubio et al¹⁰ y teorizadas por Weger, Tebb, Lee y Rauuch¹² para estimar la relevancia. Se calculó para cada indicador el número de jueces que emitió una sentencia de 3 o 4 en la escala de Likert (utilizado en el NOC⁹) dividido por el número total de jueces. Dado que la intención fue obtener dimensiones claramente diferenciadas se utilizó las recomendaciones de David¹¹ para incluir indicadores con IVC >0,80.

Se calculó la probabilidad de acuerdo por azar entre expertos mediante la fórmula propuesta por Hoel et al^{13, 14} $Pa = [N!A!(N-A)!] \cdot 0.5$ donde N es el número de expertos, A el número de acuerdo con buena relevancia (3 o 4 en la escala de Likert) y 0.5 la constante de esta prueba binomial, con el fin de descartar los acuerdos fruto del azar.

Para el análisis de la pertinencia, se utilizó el índice de acuerdo entre jueces de Wynd et al¹⁵ conocido como índice Kappa. Este tiene en cuenta el número de jueces y el número de clasificación de posibilidades. Se utilizó la fórmula corregida con la probabilidad de acuerdo por azar $K^* = (IVC - Pa) / (1 - Pa)$. La decisión o "taken action" se tomó con relación al grado de concordancia para el índice kappa propuesta por Sánchez et al¹⁶ y utilizada en el NOC⁹: eliminación de los indicadores con valoración mala, pobre y moderada (<0.20, 0.21-0.40 y 0.41-0.60 respectivamente), modificación en evaluaciones buenas (0.61 a 0.80) e incluir los indicadores con evaluaciones excelentes (>0.81)

Mediante el análisis cualitativo de categorización se analizaron las propuestas de redacción alternativa de la etiqueta y definición.

RESULTADOS

En la construcción del NOC participaron 6 expertos: 4 con formación enfermera, 1 con formación en actividad física y deporte y 1 con el doble perfil. A nivel asistencial 5 de los 6 perfiles trabajan en actividades relacionadas con el campo de estudio con una media superior a los 15 años, en docencia universitaria 4/6 con más de 13 años de experiencia y a nivel investigador 4/6 con más de 12 años, siendo 2 de los perfiles doctorados.

En la 1ª ronda se propusieron la definición conceptual del nuevo NOC y un total de 83 indicadores de resultado (IR). En la 2ª ronda se recogía la opinión de la etiqueta y definición del NOC. Los indicadores se agregaron en 11 categorías. Los expertos valorizaron y compararon los 83 indicadores obteniendo 39 IR distintos que fueron jerarquizados utilizando una escala Likert de 5 puntos (tabla 1).

La versión definitiva del NOC fue el resultado del análisis de la 2ª ronda, y en ella se incluyeron 12 IR que obtuvieron una valoración buena (5) y excelente (7) (marcados en la tabla 1). Los IR con una valoración excelente fueron incluidos directamente, mientras que los valorados como buenos fueron modificados con los comentarios de los expertos e incluidos en la versión final. La media del índice kappa corregido de los indicadores incluidos (12/39) fue de $K=0,923$, el índice de validez de contenido $IVC=0,929$ i el índice de probabilidad de acuerdo por azar $Pa=0,04$. Los resultados para el conjunto de los 39 indicadores jerarquizados fueron $K=0,52$, $IVC=0,65$ i $Pa=0,20$.

Para la etiqueta y definición se siguieron las normas de estandarización del NOC⁹:

Etiqueta: *Conducta de cumplimiento: ejercicio prescrito.*

Definición: *Acciones personales y/o grupales recomendadas por un profesional de la salud para mejorar y/o mantener el nivel de actividad y ejercicio físico.*

Tabla 1. Construcción del NOC Conducta de Cumplimiento: Ejercicio prescrito mediante panel de expertos con técnica Delphi

Categoría	Indicador	Rel.	IVC	Pa	K	Valoración	Decisión
Actitud	Acepta la realización de actividad y/o ejercicio como parte del tratamiento de su enfermedad	6/6	1,00	0,016	1,000	Excelente	Incluido
Estilo de vida	Evita conductas sedentarias	2/6	0,33	0,234	0,130	Pobre	Eliminado
	Desarrolla estrategias para cambiar los hábitos de actividad y/o ejercicio físico y evitar conductas sedentarias	5/6	0,83	0,094	0,816	Bueno	Modificado
	Modifica horarios habituales para poder realizar la actividad física	3/6	0,50	0,313	0,272	Pobre	Eliminado
	Se involucra y modifica el cambio de hábitos de su vida cotidiana	4/6	0,67	0,234	0,565	Moderado	Eliminado
	Intenta ser más activo en las actividades de su día a día (ejemplo: subir escaleras en vez de subir por el ascensor)	4/6	0,67	0,234	0,565	Moderado	Eliminado
Objetivos	Considera alcanzables los objetivos de ejercicio prescritos por el profesional	4/6	0,67	0,234	0,565	Moderado	Eliminado
	Considera adecuada a sus necesidades la prescripción y los objetivos	3/6	0,50	0,313	0,272	Pobre	Eliminado
	Cumple las recomendaciones y objetivos marcados de Ejercicio Físico	3/6	0,50	0,313	0,272	Pobre	Eliminado
	Participa activamente en el establecimiento de los objetivos de un programa de actividad y/o pautas de ejercicio físico con el profesional	5/6	0,83	0,094	0,816	Bueno	Modificado
Barreras	Se cree capaz de superar las barreras que puedan afectar a la práctica	3/6	0,50	0,313	0,272	Pobre	Eliminado
	Planifica estrategias para superar las barreras que puedan perjudicar la consecución de los objetivos (falta de tiempo, motivación, recursos,...)	6/6	1,00	0,016	1,000	Excelente	Incluido
	Verbaliza cambio de actitud frente a problemas cotidianos, positividad	4/6	0,67	0,234	0,565	Moderado	Eliminado
	Utiliza recomendaciones externas para adecuar la actividad y/o ejercicio físico a las evoluciones en el tiempo(guías, trípticos, consejos de salud)	5/6	0,83	0,094	0,816	Bueno	Modificado
	Se cree capaz de realizar las pautas de EF establecidas a largo plazo	3/6	0,50	0,313	0,272	Pobre	Eliminado
Planificación	Acepta la prescripción de actividad física (AF) o ejercicio físico (EF) del profesional sanitario	3/6	0,50	0,313	0,272	Pobre	Eliminado
	Planifica las actividades físicas de la vida diaria de acuerdo con las recomendaciones del profesional sanitario	4/6	0,67	0,234	0,565	Moderado	Eliminado
	Se involucra en el cambio de hábitos para superarse en la práctica diaria y planifica su rutina diaria teniendo en cuenta sus posibilidades	6/6	1,00	0,016	1,000	Excelente	Incluido
	Conserva la hoja de prescripción de ejercicio físico	2/6	0,33	0,234	0,130	Pobre	Eliminado
	Realiza las pautas de EF en los días que se salen de la rutina habitual	3/6	0,50	0,313	0,272	Pobre	Eliminado
	Realiza las pautas de EF pese a tener contratiempos o imprevistos	3/6	0,50	0,313	0,272	Pobre	Eliminado

Realización actividad física	Verbaliza positivamente el incremento de actividad y los beneficios que ha notado (andar, subir escaleras,...)	5/6	0,83	0,094	0,816	Bueno	Modificado
	Comunica adaptar las actividades de la vida diaria a las recomendaciones	4/6	0,67	0,234	0,565	Moderado	Eliminado
	Utiliza las oportunidades de desplazamiento para mejorar su nivel de actividad	3/6	0,50	0,313	0,272	Pobre	Eliminado
	Selecciona actividades para mejorar el nivel de actividad	3/6	0,50	0,313	0,272	Pobre	Eliminado
Realización ejercicio físico	Utiliza un programa de ejercicios eficaz	2/6	0,33	0,234	0,130	Pobre	Eliminado
	Realiza las pautas prescritas por el profesional de ejercicio físico	3/6	0,50	0,313	0,272	Pobre	Eliminado
	Comunica al profesional de la salud la práctica habitual recomendada por las Guías Europeas de al menos 30 minutos de ejercicio físico aeróbico al menos 5 días a la semana (caminar, correr, ir en bici,...)	6/6	1,00	0,016	1,000	Excelente	Incluido
	Adapta el ejercicio físico a sus posibilidades y selecciona ejercicios adecuados	2/6	0,33	0,234	0,130	Pobre	Eliminado
Precauciones	Evita actividades que no sean recomendadas por el profesional de salud con otros factores de riesgo, enfermedades colaterales o interacción con medicamentos	6/6	1,00	0,016	1,000	Excelente	Incluido
	Modifica correctamente el programa de actividades o ejercicios ante cambios imprevistos	4/6	0,67	0,234	0,565	Moderado	Eliminado
	La práctica de actividad se ajusta a las recomendaciones establecidas	3/6	0,50	0,313	0,272	Pobre	Eliminado
	Conoce los signos de alarma ante los que tiene que modificar el programa pautado (claudicación intermitente, hipo-hiperglucemia, dolor precordial,...)	5/6	0,83	0,094	0,816	Bueno	Modificado
	Se hidrata correctamente	4/6	0,67	0,234	0,565	Moderado	Eliminado
Control	El paciente controla las cifras tensionales	4/6	0,67	0,234	0,565	Moderado	Eliminado
Registro y evaluación	Monitoriza y registra su programa de ejercicios habitual	2/6	0,33	0,234	0,130	Pobre	Eliminado
	Utiliza registro de actividad/ejercicio realizado según indicaciones del profesional de la salud	3/6	0,50	0,313	0,272	Pobre	Eliminado
	Aporta un diario para monitorizar cifras tensionales y actividad/ejercicio realizado a lo largo del tiempo: cantidad (mínimo de 30 minutos diarios de actividad moderada), frecuencia (regularidad y días a la semana) e intensidad (ligera, moderada o intensa, medidores de frecuencia, podómetros, acelerómetros,...)	5/6	1,00	0,016	1,000	Excelente	Modificado
Creencias	Se pactan actividades y/o ejercicios compatibles con las creencias culturales (ej. mujer musulmana que lleva shador no le recomendaremos la natación)	6/6	1,00	0,016	1,000	Excelente	Incluido

Rel = Relevancia; IVC = Índice Validez Contenido; Pa = probabilidad de acuerdo por azar; K= kappa modificado (fórmulas detalladas en análisis).

DISCUSIÓN

Para la construcción del nuevo NOC se pensó en indicadores que fueran fáciles de utilizar y que aportaran soluciones a las necesidades actuales, tal y como se recomienda en las conclusiones de la fase III del estudio de evaluación de los resultados en la práctica de la 4ª ed. del NOC⁹.

Oermann et al ¹⁷ enuncia que la investigación de la efectividad de los resultado es un aspecto obligatorio en la práctica enfermera basada en la evidencia. Apuntando en esa dirección los 12

indicadores de la versión final (tabla 1) están pensados para ser utilizados en la evaluación de la efectividad de las intervenciones enfermeras.

CONCLUSIONES

A la luz de los resultados, el NOC Conducta de Cumplimiento: ejercicio prescrito construido es un instrumento válido y fiable.

Disponer de los indicadores incluidos en el nuevo NOC puede aportar precisión en la definición de intervenciones para enfermeras en diferentes campos, especialmente la clínica.

Una vez construido el nuevo NOC, mediante técnicas cuanti-cualitativas, se continuará con la validación en población de estos indicadores para conocer su utilidad en la práctica diaria.

AGRADECIMIENTOS

A Xavier Gómez y Javier Trujillano por su labor pedagógica con el cálculo estadístico.

BIBLIOGRAFÍA

Saez M, Barceló MA. Coste de la hipertensión arterial en España. *Hipertens y Riesgo Vasc.* 2012; 29(4): 145–51.

Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2013 Jul; 34(28): 2159–219.

Bagur, C; Serra Grima, R. Prescripción de ejercicio físico para la salud. Ed. Paidotribo. Barcelona: 2004.

American College of Sports Medicine. Manual ACSM para la valoración y prescripción del ejercicio". Barcelona: 2014. Ed. Paidotribo: 2ª Edición

Abellán J, Sainz de Baranda P, Ortín E. Guía para la prescripción del ejercicio físico en pacientes con riesgo cardiovascular. Sociedad Española de Hipertensión – Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial SEH-LELHA. 2010. Disponible en: <http://www.seh-lelha.org/pdf/GuiaEjercicioRCV.pdf>

Guitard Sein-Echaluce ML, Puig-gros JT, Justríbó DF, Vilaplana JMG, Orduna MM, Barberá EMA. Cumplimiento de las recomendaciones sobre actividad física en personas hipertensas asistidas en atención primaria. *Gac Sanit.* 2013; 27(4): 365.

NANDA-Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013

Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed.: Elsevier España; 2009.

Moorhead S. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Elsevier España; 2009.

Haladyna, T. *Developing and validating multiple-choice test items*. New York: Lawrence Erlbaum Associates. 2004

Delago-Rico E, Carretero-Dios H, Ruch W. Content validity evidences in test development: An applied perspective. *Int J Clin Health Psychol*: 2012; (12)

Berg-Weger, M., Tebb, S.S., Lee, E.S., and Rauch, S. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research*, 2003 27,94-104

Hocl P. Introducción a la Estadística Matemática. Ed Ariel. Barcelona: 1976.

Bellido-Vallejo Jc, Rodríguez-Torres M, López-Medina IM, Pancorbo-Hidalgo PL. Adaptación cultural y validación de contenido del resultado "nivel de dolor" de la Clasificación de Resultados de Enfermería. *Enf Clin*. 2013; 23 (4): 154-159

Devriendt E, Van den Heede K, Coussement J, Dejaeger E, Surmont K, Heylen D, Schwendimann R, Sexton B, Wellens NI, Boonen S, Milisen K. Content validity and internal consistency of the Dutch translation of the Safety Attitudes Questionnaire: an observational study. *INy J Nurs Stud*. 2012; 49: 327

Sánchez P, Aguilar I, Fuentelsaz C, Moreno MT, Hidalgo R. Fiabilidad de los instrumentos de medición en ciencias de la Salud. *Enferm Clin*. 2005; 15 (4): 227-36

Oermann M, Huber D. New horizons. *Outcomes Management for nursing practice*, 1 (1): 1-2

¿SON SEXISTAS LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS?

AUTOR/ES

Manuel Ángel Martínez-Argüelles, Ana Liébana-Presa y Tatiana Iglesias-Castañón

La visión del mundo que tienen los individuos deriva
del lenguaje, las creencias y las reglas sociales propias
del sistema sociocultural al que pertenecen.
(Armon-Jones)³⁰

INTRODUCCIÓN

Desde que se tomara conciencia de las implicaciones que determinados usos del lenguaje podían suponer, muchos han sido los trabajos destinados a rastrear, analizar y denunciar aquellas prácticas lingüísticas que, consciente o inconscientemente, transmiten una imagen sesgada de la realidad. Pero es más, porque como muy bien señala Armon-Jones en el epígrafe que abre esta introducción, el lenguaje no es una simple herramienta de transmisión, sino que a través de él configuramos el mundo, de ahí su inmenso poder y sus potenciales riesgos. Poder y riesgos que se hacen evidentes en el caso del lenguaje sexista, en el cual, y a través de determinados usos lingüísticos, se discrimina abierta o veladamente en función del sexo. Y, según han demostrado los estudios, en numerosas ocasiones el hablante de español utiliza un lenguaje que no es, a este respecto, ni inocente ni políticamente neutro. En esta línea, el presente trabajo de investigación se propone analizar el lenguaje empleado en la última clasificación publicada en España de los Diagnósticos de Enfermería de la NANDA —*NANDA-I Diagnósticos enfermeros: Definición y clasificación 2012–2014* para detectar los posibles casos de sexismo lingüístico y señalar las posibles implicaciones, y riesgos, de tales usos en la práctica de esta disciplina profesional.

Siendo, pues, instrumentos esenciales en la práctica de Enfermería, los diagnósticos debieran utilizar un lenguaje veraz, claro y preciso —rasgos definitorios del lenguaje científico—, que hiciera imposible que ambigüedades, equívocos o confusiones vinieran a desorientar al profesional que los utiliza.

El empleo de un lenguaje sexista en los textos propios de la disciplina —historias enfermeras, programas informáticos, publicaciones académicas, libros de texto universitarios e incluso el lenguaje empleado por el personal docente en las Escuelas de Enfermería— hace que la visión del mundo que éste configura se perpetúe. Para eliminar el sexismo de la teoría y práctica de la

³⁰ Clair, Armon-Jones (1986). "The Thesis of Constructionism". *The Social Construction of Emotions*. Rom Harré, eds. New York: Basil Blackwell. 32-56.

disciplina profesional de Enfermería es, pues, necesario erradicarlo de sus lenguajes. El primer paso en esta dirección es tomar conciencia de su existencia, señalarlo y proponer alternativas.

OBJETIVOS

Como objetivo general nos proponemos analizar el lenguaje empleado en la versión española de los Diagnósticos de Enfermería de la NANDA.

MÉTODO

El objeto de estudio.

En nuestro estudio utilizaremos la última clasificación publicada en España (2013) —Madrid: Elsevier—, traducida por Paul Carter y Susana Martín Iglesias a partir de la versión en inglés editada por la NANDA en el año 2012 —correspondiente al Congreso celebrado en el año 2013—. La obra original se titula *NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2012-2014*, título traducido al español como *NANDA-I Diagnósticos enfermeros: Definición y clasificación 2012-2014*

METODOLOGÍA

En el análisis utilizaremos, adaptándolos a nuestro estudio, los criterios creados por Margrit Eichler:

- a) Comprobación de la posible existencia de sexismo en las etiquetas de los diagnósticos. Hemos de tener en cuenta que dichas etiquetas representan respuestas humanas de carácter general y que, por tanto, debieran ser aplicables a ambos sexos por igual.
- b) Análisis del lenguaje empleado. Consideraremos si se usan términos masculinos o femeninos con carácter general o si se utilizan términos genéricos aplicados a un solo sexo y si se describe a mujeres y varones en situaciones paralelas con términos no paralelos.
- c) Estudio de los conceptos utilizados. Prestaremos especial atención en nuestra investigación a aquellos que pudieran resultar sospechosos de androcentrismo. Para detectarlos, se revisarán los referentes teóricos/empíricos de los conceptos, con el fin de comprobar si únicamente transmiten el punto de vista de uno de los géneros. En segundo lugar, se rastreará la posible existencia de conceptos sobre generales, es decir, aquellos que utilizan marcas específicas de un género para referirse a ambos. En tercer lugar, se comprobará si se han utilizado conceptos asimétricos, aquellos contruidos a partir de un doble rasero. Por último se comprobará si han sido utilizados conceptos familistas, aquellos que atribuyen propiedades, atributos o conductas individuales a familias u hogares.

RESULTADOS

En cuanto al análisis cuantitativo, los datos de nuestra investigación nos indican que en 128 diagnósticos no hemos detectado ningún rasgo que nos indique la utilización de sesgos sexistas. Si bien es verdad que una gran mayoría son etiquetas relacionadas con términos meramente biológicos o biomédicos, que no permiten un análisis en términos de nuestro estudio. Pero si sería muy interesante su análisis dado que se parte de la premisa de la igualdad en términos de enfermedad entre el varón y la mujer, y tal como apuntan, ya bastantes textos, hay una diferencia apreciable³¹.

En cuanto al número de rasgos sexistas por diagnóstico, hemos encontrado 93 repartidos de la siguiente manera: 11 aparecen en las etiquetas, 15 en su definición, 21 los encontramos en las características definitorias, 12 en los factores relacionados, 13 afloran en los factores de riesgo y por último 21 en lo que nosotros denominamos en la filosofía del diagnóstico.

Tras este primer acercamiento cuantitativo a los resultados de la investigación, desarrollaremos ahora un análisis cualitativo de aquellos rasgos indicadores de sexismo que consideramos más relevantes.

Comprobación de la posible existencia de sexismo en las etiquetas de los diagnósticos.

Uno de los casos hallados es la utilización del término "parental", presente en la etiqueta de los códigos 00064 (Conflicto del rol parental), 00056 (Deterioro parental), 00057 (Riesgo de deterioro parental) y 00164 (Disposición para mejorar el rol parental). El DRAE proporciona dos acepciones para el adjetivo "parental": "perteneciente o relativo a los padres o a los parientes" y, en biología, "que se refiere a uno o a ambos progenitores". Sin embargo, la utilización que de este término se hace en los diagnósticos de la NANDA parece contradecir tal definición, al centrar en uno solo de los progenitores, la madre, el núcleo de las situaciones que describen. Siendo así, se debería sustituir el adjetivo "parental" por "maternal" en dichas etiquetas. Veamos por qué lo consideramos conveniente, a partir de la utilización del término en los cuatro diagnósticos citados.

El diagnóstico "Conflicto de rol parental" (00064) se define, en principio, de forma neutra: "uno de los progenitores experimenta confusión y conflicto del rol en respuesta a una crisis" (NANDA 313). Sin embargo, entre sus características definitorias encontramos la "alteración demostrada en los cuidados habituales del niño" y, entre sus factores relacionados, los "cuidados domiciliarios de un niño con necesidades especiales" y los "trastornos de la vida familiar debidos al régimen de cuidados en el domicilio". Parece evidente, a partir de las continuas referencias al ámbito doméstico, que es la mujer el sujeto de este conflicto en el rol parental. Las estadísticas

³¹ Camilletti y Giovannella nos indican que las mujeres enferman de forma diferentes y que las formas de presentación o los síntomas son diferentes. Giovannella habla incluso de la medicina de género.

apoyan esta conclusión: el 80% de las cuidadoras son mujeres que no reciben remuneración por ello (Muñoz 147),³² lo que denominamos cuidados informales (Valderrama 321).

En las dos etiquetas restantes, la 00057 y la 00164, se hace aún más evidente la invisibilización de la mujer. Así, en la etiqueta "Riesgo de deterioro Parental 00057" (NANDA 305) encontramos, entre los factores relacionados las "disposiciones inadecuadas para el cuidado del niño". Y, como ya hemos visto, la persona que cuida a la criatura tiene un 80% de posibilidades de ser mujer y presentará, si el cuidado es crónico, una "baja autoestima situacional". Al no utilizar el adjetivo maternal en la etiqueta, se está ignorando el hecho de que, en la amplia mayoría de los casos, es la madre la que va a sufrir de baja autoestima a consecuencia de este problema. Ello impide la toma de unas medidas y la planificación de unos cuidados enfocados en y hacia la mujer y que resultaran, por tanto, más efectivos al ser específicos para ella.

Pero la utilización del adjetivo "parental" no es el único caso de invisibilización de la mujer a través del lenguaje que encontramos en las etiquetas.

b) Análisis del lenguaje empleado.

En primer lugar, la utilización de términos masculinos utilizados con carácter general es muy amplia. Así, al hacer alusión al campo semántico de la atención enfermera, es recurrente el empleo de sustantivos de género masculino para hacer referencia a los participantes de ambos sexos (masculino genérico). Términos como *el cuidador*, *el cliente*, *el enfermo* o *el receptor de los cuidados* (para referirse a la persona destinataria de los cuidados de Enfermería, que no tiene que ser solamente varón, como aquí se propone, también estas figuras pueden ser femeninas: cuidadora, clienta, enferma o receptora de los cuidados) se repiten en innumerables ocasiones en la redacción de las definiciones de los diagnósticos, este hecho invisibiliza a la mujer y la oculta a la visión de los cuidados, desde siempre campo de actuación de la mujer.

Igualmente sucede con aquellos términos que explicitan las relaciones familiares o sociales, y que se emplean repetidamente en masculino: *el miembro de la familia*, *el cónyuge* (*sustantivo de género común, sólo tiene una forma y el género es implícito*),³³ *los padres*, *los progenitores*, *el ser querido*, *el amigo*, *los compañeros* o *los extraños* (como cuidadores del niño/a), son algunos de los ejemplos más frecuentes, sigue desaparecida la figura femenina, una característica presente en todos los diagnósticos en los que hay un sesgo sexista, a pesar de ser muy pocos los hombres que han presentado una etiqueta para su aprobación la visión desde la óptica del varón está presente constantemente. También se repite este fenómeno con los sustantivos que designan las distintas etapas vitales, tal es el caso de, por ejemplo, *el niño* (en todas sus posibles acepciones, maltratado, dejar solo al niño, niños pequeños, desarrollo de

³²Francisca Muñoz calcula que en España hay más de millón y medio de mujeres de más de 20 años que trabajan al cuidado del hogar y que no reciben, por tanto, ninguna remuneración.

³³La última tendencia es a convertirlos en sustantivos de doble forma: juez / jueza.

los niños etc...), *el adolescente, el adulto o el anciano*. A pesar de la facilidad para su sustitución, que permita nombrar y evidenciar a la mujer

En otro orden de cosas, este sesgo es extensivo a los riesgos personales derivados de ciertos comportamientos ajenos como es el caso de *"el fumador pasivo"*, expresión que pareciera indicar que sólo a los varones les afecta el humo del tabaco, estando libres de su contaminación las mujeres. También resulta curioso que parezcan los hombres como los únicos que pueden tener el papel de *"el superviviente en el acontecimiento"*. Ejemplos indicativos de una visión androcéntrica en la redacción del texto.

Asimismo ocurre con aquellas palabras pertenecientes al campo semántico de las profesiones: *el facilitador religioso, el líder espiritual, el ejecutivo, el administrador de su propio negocio, el profesional, el trabajador semicualificado, el policía o el bombero*. Aunque si bien es verdad que existen religiones en las cuales una mujer no puede ejercer el ministerio si puede ser una lideresa espiritual, una ejecutiva, administradora de su propio negocio, una profesional aunque aquí sería necesario que fuese seguido del sustantivo de su profesión, profesional de la Enfermería, dada la connotación peyorativa que tiene en si una profesional (prostituta), una trabajadora semicualificada, una policía o la bombera. Existiendo palabras no contaminadas³⁴ que incluyan a los dos géneros.

A pesar de que el empleo del masculino genérico es correcto gramaticalmente, su uso prolongado en un texto puede producir ambigüedad y propiciar la invisibilización de las mujeres. Y dado que el español posee numerosas formas de hacer referencia a las personas sin necesidad de recurrir al masculino genérico, sería conveniente reducir su uso. Lo ideal, para no producir agotamiento en la lectura, sería combinar todos estos recursos. En cualquier caso, lo que resulta evidente es que el español ofrece muchas alternativas que permiten evitar el incurrir en un uso sexista del lenguaje. Alternativas que han sido, por lo general, ignoradas en la redacción de la versión española de los diagnósticos de la NANDA.

c) Estudio de los conceptos utilizados.

En el análisis de los conceptos sexistas existe también una amplia variedad, menos repetida que en el sexismo en el lenguaje aunque más interesante en su estudio.

Expresiones tales como *sentirse abrumado, actitud superior hacia otros, conducta destructiva hacia otros o hacia sí mismo, ser distinto a los demás, soledad impuesta por otros, vivir solo, proporcionar servicio a los demás, miedo a la reacción de otros* son reflejo de conceptos sexistas que se repiten en numerosas ocasiones a lo largo del texto y que son la respuesta a una perspectiva tomada desde la óptica del varón.

³⁴Mary Daly citada por Luisa Spencer (1997: 11), define como contaminada las palabras androcéntricas.

Entre las características definitorias del "Síndrome Postraumático (00141)" (NANDA 338) aparece la "enuresis³⁵ (en niños)". Otro concepto androcéntrico que, en este caso, puede llevar a un error de peso y además importante. Las evidencias científicas muestran que dicho síndrome presenta diferencias entre niños y niñas. Así por ejemplo la enuresis diurna se presenta más en niñas que en niños, al contrario, en la enuresis nocturna se presenta más en niños que en niñas (Rutter 1973, Shaffer 1973³⁶). Nosotros pensamos que cuando se refiere a niños quiere incluir también a las niñas, aunque las invisibiliza, como viene ocurriendo hasta ahora, el profesional que trabaje con el diagnóstico podría, a partir de tal característica definitoria, generar un conflicto en la aplicación del tratamiento ya que será distinto si es la enuresis diurna, con refuerzo psicológico para reeducar el control de esfínteres. En cuanto al tratamiento de la enuresis nocturna va más encaminado al control a través de ayudas externas como el pipi-stop, instrumentos que detectan la humedad. No podemos entender esta imprecisión en término niño ya que sería de fácil solución, pues bastaría sustituir "niño" por "población infantil" o "enuresis infantil"

Algo parecido ocurre con la "disminución de los niveles hormonales (en mujeres)" que aparece entre los factores relacionados de la etiqueta "Deterioro de la mucosa oral" (00045) (NANDA 434-435). La evidencia científica nos habla de los cambios que ocurren en los varones que se conoce como andropenia³⁷, en la función gonadal, que incluyen reducción de los niveles de testosterona plasmática y menor producción de progesterona y, por lo tanto también, están sometidos a un deterioro de la mucosa oral como todo cuidador de ancianos conoce. Nuevamente un caso de sexismo, en su exclusión del género masculino.

En lo que a los conceptos familistas se refiere, es necesaria una especial atención. En primer lugar porque nombrar a la "familia" suele presuponer referirse a un tipo determinado de estructura (padre-madre-hijos) que no es, en absoluto, universal ni única. En segundo lugar, porque a menudo se tiende a pensar en la familia como la unidad de análisis menor. Y por último, porque en ocasiones dichos conceptos no toman en consideración las diferencias individuales entre los miembros de una familia. Es decir, no necesariamente a todos les van a afectar los hechos de la misma forma, lo cual es necesario tener en cuenta.

³⁵ El DRAE define a la Enuresis como mera incontinencia urinaria. Y enuresis infantil a la emisión no voluntaria de orina por el día o por la noche, a una edad en la que se espera que haya control al respecto, es decir, más allá de los 3-4 años. (Bragado 1999)

³⁶ Shaffer en un trabajo de revisión bibliográfica llegó a la conclusión que los varones enuréticos tienden a ser más sumisos y menos asertivos que los no enuréticos.

³⁷ Andropenia (del griego andro: varón; y penia: carencia), conocida popularmente como Andropausia, es un síndrome clínico y bioquímico asociado al envejecimiento en el hombre, sobre el que aún existe poco conocimiento entre la población masculina

CONCLUSIONES

Tras el análisis pormenorizado de los Diagnósticos enfermeros, podemos concluir, pues que en su redacción existen evidentes indicios de sexismo cuyas implicaciones y repercusiones, vemos reflejadas en dos dimensiones bien distintas. En primer lugar, es obvio que el manual de la NANDA no hace uso de un lenguaje políticamente correcto. Son numerosos los casos hallados en el texto de sexismo léxico o relacionadas con una visión androcéntrica. Así nos encontramos con el empleo de masculino genérico el cual está prácticamente extendido en toda la obra. El español es una lengua rica y flexible, que pone al alcance de su hablante infinidad de opciones de uso y, por tanto, la capacidad de esquivar aquellos que considere conflictivos. Labor que nos resulta fácil si utilizamos la multitud de guías para el uso no sexista del lenguaje que hay publicadas.

Existe, no obstante, una segunda dimensión en el análisis del sexismo contenido en los Diagnósticos cuyas implicaciones y repercusiones, se sitúan a un nivel más profundo. Nos referimos a la existencia de conceptos generales, asimétricos, familistas y androcéntricos que, más allá de invisibilizar a la mujer, la subordinan y estereotipan. Estos conceptos son introducidos de soslayo en la redacción de los diagnósticos y resultan más dañinos, si cabe.

BIBLIOGRAFÍA

- Alpizar Castillo, Ramón, (2004). *El lenguaje de la medicina: usos y abusos*. Salamanca, Clavero.
- Andrés Castellanos, Soledad (2001). "Sexismo y lenguaje. El estado de la cuestión: reflejos en la prensa" en *Espéculo. Revista de estudios literarios*. [En línea]. Madrid, disponible en: <http://www.ucm.es/info/especulo/numero16/sexis984.html> [Acceso el día 20 de enero de 2014]
- Bengoechea Bartolomé, Mercedes y María Luisa Calero Vaquera, (2003). *Sexismo y redacción periodística*. Valladolid, Conserjería de Cultura y Turismo. Junta de Castilla y León.
- Bowlby, John, (2003). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid, Morata.
- Bragado Álvarez, Carmen, (2009). *Enuresis nocturna: Tratamientos eficaces*. Madrid, editorial Pirámide.
- Calero Fernández, María de los Ángeles, (1999). *Sexismo lingüístico: análisis y propuestas ante la discriminación sexual en el lenguaje*. Madrid, Narcea.
- (2007). *Percepción social de los sexolectos*. Cádiz, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz.
- Camilleti, Jorge. et al., (2013) "Diferencias en la forma de presentación y diagnóstico de la enfermedad coronaria en la mujer" en *Rev. Fed. Arg. Cardiol.* 42, pp. 182-188.

Eco, Umberto (2004). "Fuegos Fatuos: sobre lo políticamente correcto y el lenguaje" en *El Mundo*. [En línea]. Madrid disponible en: <<http://www.elmundo.es/papel/2004/06/18/cultura/1652494.html>> [Acceso el día 15 de enero de 2014]

Eichler, Margrit, (1997). *Non-sexist Research Methods: a practical guide*. 2ª ed. Londres, Routledge.

Esteban Galarza, Mari Luz, (2003). "El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud" en *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*. 3, 1, pp.22-39

García Meseguer, Álvaro, (1996). *¿Es sexista la lengua española? Una investigación sobre el género gramatical*. Barcelona, Paidós Ibérica.

Giovannella Baggio, et al., (2013) Gender medicine: a task for the third millennium en *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*. 51, pp. 713-727

Hipatía, (2004). *Dos para saber, dos para curar*. Madrid, horas y horas.

Izquierdo Miller, Inés (2007). "Mujer que sabe latín... (El sexismo en el lenguaje)" en *Espéculo. Revista de estudios literarios*. [En línea]. Madrid, disponible en: <<http://www.ucm.es/info/especulo/numero36/mujlati.html>> [Acceso el día 6 de enero de 2014]

Locutura, Jaime, (2003). *De la idea a la palabra: Cómo preparar, elaborar y difundir una comunicación biomédica*. Barcelona, Permanyer.

Martínez García, José Antonio, (2008). *El lenguaje de género y el género lingüístico*. Oviedo, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo.

Bengoechea, Mercedes, (2009). "Necesidad de poseer cuerpo y nombre para acceder plenamente a la ciudadanía" en *Mujeres en red*. [En línea]. Madrid, disponible en: <<http://mujeresenred.net/spip.php?article766>> [Acceso el día 6 de enero de 2014]

North American Diagnosis Association, (2013). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014*. Madrid, Elsevier.

Navarro, Fernando (1994). "Problemas de género gramatical en medicina" en *EC Europa EU*. [En Línea]. Suiza, disponible en: <<http://ec.europa.eu/translation/bulletins/puntoycoma/42/navarro.htm>> [Acceso el día 20 de enero de 2014]

Ruttber, Michael et al., (1973). "Enuresis and behavioural deviance: some epidemiological considerations" en Israel Kolvin et al. (eds), *bladder control and enuresis*. Londres, Heineman.

Shaffer, David, (1973). "The association between enuresis and emotional disorder: a review of the literature" en Israel Kolvin et al. (eds), *bladder control and enuresis*. Londres, Heineman.

Spector, Rachel, (2002). *Las culturas de la salud*. Madrid, Pearson Alhambra.

Valderrama Ponce, María José. "Cuidados informales". *Revista Vasca de sociología y ciencias política* 44 (2007): 321-336.

Valls Llobet, Carme, (2006). *Mujeres invisibles*. 1ª ed. 2ª reimp. Barcelona, DEBOLSILLO.

ADQUISICIÓN Y APLICACIÓN DEL LENGUAJE ENFERMERO EN EL GRADO EN ENFERMERÍA DE GUADALAJARA

AUTOR/ES

Helena Hernández-Martínez¹; Francisco López-Martínez¹; M^a Isabel Pascual-Benito¹. Natalia Bravo-Fraguas²; Mónica Benítez-de Paz²; M^a Ángeles García-Frontón².

¹ Profesores/as del Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Grado en Enfermería de Guadalajara. Universidad de Alcalá

² Estudiantes de 4º Grado en Enfermería.

INTRODUCCIÓN

La Universidad debe proporcionar “una formación en la que se integren armónicamente las competencias genéricas básicas, las competencias transversales relacionadas con la formación integral de las personas y las competencias más específicas que posibiliten una orientación profesional”, según establece el Documento-Marco “Integración del Sistema Universitario Español en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior (EEES)”. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, febrero 2003: 7.

El alumno de Grado en Enfermería de Guadalajara tendrá que adquirir, las competencias genéricas básicas y las competencias específicas, entre otras, las asociadas a la práctica enfermera y a la toma de decisiones clínicas, siendo para ello necesario que el estudiante domine las herramientas de valoración, el análisis de datos, la formulación diagnóstica, la planificación de medidas de tratamiento y la evaluación del proceso.

Ante este reto, y para la planificación del nuevo estudio de Grado (que se inicia en el curso académico 2009–10), los profesores de las asignaturas obligatorias, planifican su docencia con el objetivo de la adquisición de competencias por parte del alumno, para la aplicación de las herramientas metodológicas, valoración por Patrones Funcionales de M. Gordon, taxonomías NANDA-I, NIC y NOC, de manera secuenciada y de acuerdo a su crecimiento competencial.

En el segundo cuatrimestre del primer curso de Grado, se imparte el conocimiento teórico sobre el proceso enfermero y la estructura de las taxonomías enfermeras, incidiendo mediante sesiones teórico prácticas, en la valoración, utilizando como herramienta los Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon.

Durante el segundo curso, tanto en las asignaturas teóricas como en prácticas clínicas, se trabaja la formulación de los diagnósticos enfermeros y los problemas de colaboración, utilizando la taxonomía NANDA-I y el modelo Bifocal de Linda J. Carpenito. Los estudiantes diseñan planes de cuidados a partir de casos clínicos, en sesiones teórico-prácticas con apoyo

en tutorías de pequeño grupo e individuales a demanda. Durante el desarrollo de sus prácticas clínicas elaboran planes de cuidados individualizados a aquellos pacientes que le son asignados, discutiendo su idoneidad en tutorías de pequeño grupo.

Por último, en tercer y cuarto curso del Grado en Enfermería de Guadalajara, tanto en las asignaturas teóricas como en el desarrollo de las prácticas clínicas, se integran las taxonomías NIC y NOC.

El propósito de esta comunicación es compartir la valoración por parte de estudiantes y profesores, sobre la planificación docente; explicada anteriormente, en el Grado en Enfermería de Guadalajara, respecto a la competencia específica gestión y resolución de casos clínicos.

MATERIAL Y MÉTODO

Con la finalidad de evaluar esta experiencia, se realizan grupos de discusión formales e informales de alumnos, en los que deben debatir acerca de:

Integración de conocimientos clínicos y metodológicos.

Congruencia de la secuencia docente.

Aplicabilidad del lenguaje enfermero en el desarrollo de sus prácticas clínicas.

La opinión de los profesores se recoge con relatos breves en base al mismo guion facilitado a los alumnos.

RESULTADOS

A continuación, se exponen los resultados obtenidos sobre la percepción de los estudiantes y la valoración de los profesores, a través de la transcripción literal de las expresiones más frecuentes de ambos.

Percepción de los estudiantes

Las expresiones más frecuentemente utilizadas por los estudiantes respecto a primero, son:

“La teoría recibida en el primer curso de grado no tiene una continuidad para ser aplicada con casos clínicos, ya que hasta que no llegamos a segundo no se empieza a hacer uso de ella.”

“Al finalizar este curso, no terminamos de entender la valoración por patrones funcionales de salud de M. Gordon, las Taxonomías, ni la vinculación de NANDA-I, NOC y NIC, y mucho menos su aplicación práctica.”

En segundo indican:

“Comenzamos a poner en práctica la teoría de primer curso en las tutorías ECTS; estas son muy prácticas y positivas, trabajamos y debatimos un caso clínico donde nos enseñan a razonar, interrelacionar conceptos, focalizar en las necesidades del paciente con el árbol de decisiones y

comenzamos a poner nombre al problema detectado como diagnósticos enfermeros NANDA y problemas interdependientes de Carpenito”.

“En las prácticas clínicas, la primera valoración que realizamos a un paciente nos resulta muy laboriosa pues no tenemos claro el objetivo y no sabemos porque es tan extensa.”

“Finalizamos segundo pensando que tenemos algo más de dominio en la valoración y Taxonomías, pero hasta llegar a tercero, no nos damos cuenta que aún nos queda mucho camino por recorrer.”

En tercer curso manifiestan:

“Nos exigen una valoración más focalizada y la utilización de las taxonomías NIC y NOC, esto nos permite tener una visión holística del paciente y de sus necesidades de cuidados, y empezamos a comprender algo de la interrelación entre la etiqueta diagnóstica, los resultados y las intervenciones, aunque seguimos teniendo dificultades.”

“Nos es complicado seleccionar de entre las actividades de cada NIC cuáles son las idóneas para cada paciente, así como los indicadores de los resultados.”

“No hay unificación de criterios en la corrección de los planes de cuidados por parte de los profesores; en función del docente que los corrija, se deben hacer de una manera u otra.”

“Echamos de menos un espacio para reflexionar sobre los errores de los planes, y que todas las asignaturas incluyan las taxonomías enfermeras.”

“Los planes de cuidados son muy extensos, precisan de un par de horas para realizar la valoración y de un mínimo de tres días para finalizarlos.”

Las referencias en relación a cuarto curso:

“Se realizan seminarios reflexivos en grupos reducidos donde tenemos la posibilidad de seguir aprendiendo de nuestros errores, vuelve el debate del por qué un diagnóstico, un resultado y una intervención.”

“Los planes de cuidados que se realizan en este curso son más focalizados en las necesidades de cuidados del paciente, tanto la valoración como la planificación, pero aun así siguen siendo muy extensos.”

“Al final entendemos la importancia que tiene un plan de cuidados adecuado a las necesidades del paciente, y así poder ofrecerle unos cuidados enfermeros de calidad.”

Percepción del profesorado

Tras el análisis de los relatos realizados por los profesores, las expresiones más representativas son:

“Los estudiantes utilizan mejor la taxonomías NANDA-I, NIC Y NOC, y aplican los conocimientos de forma transversal.”

“Nos ha ayudado a evidenciar las dificultades que tienen los alumnos para integrar los conocimientos metodológicos y clínicos.”

“Ha supuesto un enriquecimiento personal y profesional, al poder debatir ideas y conceptos a la vez con los estudiantes y con otros docentes.”

“Es un gran estímulo como docente, pues obliga a mantener continuamente actualizados los conocimientos sobre el manejo de las taxonomías enfermeras.”

El profesorado para la puesta en práctica de esta experiencia ha tenido que solventar algunas dificultades, como por ejemplo:

“A pesar de la preparación previa de las sesiones tutoriales con los alumnos, en el debate que se crea en el aula existen algunas discrepancias puntuales entre nosotros a la hora de determinar que etiqueta es la más adecuada”.

CONCLUSIONES

A la vista de estos resultados se puede concluir:

Los estudiantes interiorizan mejor las taxonomías NANDA-I, NIC y NOC como parte del cuidado enfermero.

Esta metodología docente facilita a los estudiantes, además de la adquisición y aplicación del lenguaje enfermero, la adquisición de la competencia básica de resolución de casos clínicos.

Esta valoración positiva justifica la continuidad de esta estructura docente, teniendo en cuenta los siguientes aspectos de mejora:

Unificar los criterios entre los profesores en la aplicación del lenguaje enfermero.

Potenciar el número de tutorías de pequeño grupo en la planificación docente para debatir sobre la aplicación de las taxonomías enfermeras.

Ampliar esta sistemática de trabajo en todas de asignaturas de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

Borge R, García J, Oliver R y Salomón L. Competencias y diseño de la evaluación continua y final en el Espacio Europeo de Educación Superior. Delgado AM (Coord.), Madrid: Dirección general de Universidades. MEC 2005

Pascual MI, Hernández H, López F. Experiencia docente: innovando en evaluación. En: Innovar en la enseñanza universitaria. Margalef L, Canabal C (Dirs). Sierra V (Ed). Madrid: Biblioteca nueva; 2010. p 183-192

Hernández H, Pascual MI, López F, Pastor C, Pérez I, Alises F, Barba E. Análisis de una experiencia de innovación docente: aprendizaje significativo a partir de la resolución de casos clínicos. En: La creación de espacios comunes de aprendizaje: experiencias de innovación. Canabal C, García MD (Dirs). Gegúndez MI, Viejo C (Eds). Madrid: Universidad de Alcalá; 2011. p 28-41

ESTRUCTURANDO LA DOCENCIA EN BASE AL LENGUAJE ENFERMERO

AUTOR/ES

Francisco López-Martínez¹; Helena Hernández-Martínez¹; M^a Isabel Pascual-Benito¹.

¹ Profesores/as del Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Grado en Enfermería Guadalajara. Universidad de Alcalá

INTRODUCCIÓN

Los estudiantes del Grado en Enfermería de Guadalajara de la Universidad de Alcalá, desarrollan el Practicum del currículum en once períodos o rotatorios distribuidos en los cuatro años de estudios; en cada uno de estos rotatorios deben realizar como actividad obligatoria al menos dos planes de cuidados individualizados, excepto en el primer rotatorio donde sólo realizan la valoración.

Durante el segundo curso del Grado se imparten los contenidos teórico-prácticos relativos a los cuidados del paciente con patología respiratoria, así como el manejo de las taxonomías NANDA-I, NIC y NOC previamente a su incorporación a prácticas clínicas.

Para la realización de los planes de cuidados, los estudiantes utilizan las siguientes herramientas metodológicas:

Los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon para estructurar la valoración.

La taxonomía diagnóstica de la NANDA-I para la identificación y definición de los problemas enfermeros que se formulan con el formato "PES".

El Modelo Bicofoal de la Práctica Clínica de Linda J. Carpenito para la identificación y formulación de los problemas interdisciplinarios.

A pesar de las herramientas metodológicas aportadas, de los conocimientos impartidos en el aula, de la información proporcionada al estudiante, como son las guías, los protocolos para la realización correcta de cada parte del proceso y los criterios para su evaluación, los planes de cuidados no reflejaban adecuadamente los problemas más usuales de los pacientes con reagudización de su broncopatía crónica.

Por esto, era necesario que modificaran tuteladamente el plan de cuidados para que éste tuviera la calidad mínima exigida, que viene determinada por la plantilla de evaluación que el profesorado responsable de las prácticas clínicas utiliza; ésta ha sido elaborada por el propio profesorado y en ella se deja constancia de la adquisición de las competencias necesarias para la resolución y gestión de casos clínicos.

Ante esta situación y con el objetivo de proporcionar a los alumnos una estructura de aprendizaje que les facilite la elaboración de los planes de cuidados individualizados durante el desarrollo de sus prácticas clínicas, los profesores de la materia de Enfermería Clínica deciden organizar la formación teórica teniendo como guía y base el estándar de cuidados elaborado con la utilización de las taxonomías NANDA-I, NIC y NOC.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizan las evaluaciones de los planes de cuidados realizados por los 225 estudiantes matriculados desde el curso académico 2009-10 hasta el curso 2011-12, para este tipo de pacientes (1100 fichas).

Se seleccionan los ítems que evalúan la adecuación de los diagnósticos y los problemas interdisciplinarios. Posteriormente se cuantifican para identificar los más prevalentes, que permiten elaborar un estándar de cuidados para los enfermos con reagudización de su broncopatía crónica. A partir de este trabajo, el profesorado generaliza los cuidados utilizando la taxonomía NIC para identificar las medidas de tratamiento y la taxonomía NOC para evaluar la evolución de los problemas enunciados.

El estándar elaborado en base al lenguaje enfermero, que se presentará a continuación en el apartado de resultados, se toma como guía y base para impartir la docencia en el curso 2012-13. Al final del cual, se comparan las fichas de evaluación de los planes de cuidados de los años previos con las fichas de los 79 estudiantes de este último curso académico.

RESULTADOS

Este apartado de resultados se dividirá a su vez en dos partes, en la primera se expondrá el estándar elaborado para el paciente con broncopatía crónica que requiere hospitalización, y en el segundo la comparativa de los resultados de evaluación antes y después de utilizar dicho estándar en la docencia teórica.

En la tabla Nº 1 se muestran las etiquetas de los problemas enfermeros más prevalentes junto con los resultados y las intervenciones más adecuadas. En el aula, de cada una de las intervenciones se identifican y trabajan aquellas actividades adecuadas para el adulto con una broncopatía crónica y cuya reagudización ha hecho necesario el ingreso hospitalario. También, se enumeran los indicadores de cada uno de los resultados identificados en el estándar, trabajando las diferentes escalas tipo Likert aplicables en la medición.

Por otro lado, analizando las evaluaciones que realizan los profesores tutores de prácticas clínicas, de los planes de cuidados, elaborados por los estudiantes a los pacientes hospitalizados por una reagudización de su broncopatía crónica, en los cursos anteriores a la modificación de la metodología docente; y, comparando estos resultados con los obtenidos tras el análisis de la

evaluación de los planes de cuidados del último curso académico, en el que la docencia se estructura en base al lenguaje enfermero, se observa:

Las calificaciones en la evaluación cuali-cuantitativa de los planes de cuidados de este último curso son más altas que las de años anteriores. Siendo la mejora, especialmente significativa, en la formulación adecuada de los problemas enfermeros, así como en la planificación más correcta del tratamiento y los indicadores que miden la evolución de los cuidados enfermeros.

El porcentaje de los estudiantes que precisan repetir el plan de cuidados por no llegar a los criterios mínimos exigidos, es de un 8%, frente a un 30% como media de los cursos anteriores.

Los profesores tutores expresan una disminución en el número de tutorías a demanda, en relación a las dificultades encontradas en la ejecución de los planes de cuidados por parte de los estudiantes.

TABLA Nº 1 Cuidados al paciente con reagudización de broncopatía crónica

LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS (00031)	
NIC Aspiración de las vías aéreas (3160) Manejo de las vías aéreas (3140) Mejorar la tos (3250) Ayuda a la ventilación (3390) Monitorización respiratoria (3350) Precauciones para evitar la aspiración (3200) Fisioterapia respiratoria (3230)	NOC Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias (0410) Prevención de la aspiración (1918)
INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD (00092)	
NIC Enseñanza: actividad/ejercicio descrito(5612) Manejo de la energía(0180)	NOC Conservación de la energía.(0002) Tolerancia a la actividad (0005)
CP: INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	
NIC Oxigenoterapia(3320) Enseñanza: medicamentos prescritos(5616) Manejo de las vías aéreas(3140) Ayuda a la ventilación(3390) Administración de medicación(2300)	NOC Conocimientos: procedimiento terapéutico(1814) Conocimiento: medicación(1808) Estado respiratorio: intercambio gaseoso(0402) Estado respiratorio: ventilación(0403)
CP: NEUMONÍA	
NIC	NOC

Control de infecciones(6540)	Severidad de la infección(0703)
Protección contra las infecciones (6550)	

CONCLUSIONES

A la vista de los resultados previos obtenidos, se puede concluir que la utilización del lenguaje enfermero, taxonomías NANDA-I, NIC y NOC, sirve no sólo para estructurar el cuidado enfermero, sino también como guía para la docencia enfermera, ya que el estándar elaborado después de este análisis, reúne las condiciones necesarias que:

Facilita la adquisición de las competencias relativas a la resolución y gestión de casos clínicos por el estudiante.

Ayuda a los estudiantes a identificar de manera más clara cuál es el área de responsabilidad de la enfermera en el cuidado al paciente con una reagudización de su broncopatía crónica.

Estas conclusiones justifican la necesidad de seguir trabajando en esta línea y diseñar nuevos estándares.

BIBLIOGRAFÍA

NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012 – 2014. Barcelona: Elsevier; 2013.

Carpenito LJ. Diagnostico de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. 9ª Ed. Madrid: Interamericana; 2002.

Bulechek GM, Butcher HK, McCloskeyJ. Clasificación de intervenciones de enfermería. NIC. 5ª Ed. Barcelona: Elsevier-Mosby; 2009.

Moorhead S, Jonson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería. NOC. 4ª Ed.Barcelona: Elsevier-Mosby; 2009.

Jonson M, Moorhead S, Bulechek GM, Butcher HK, Maas M, Swanson E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. 3ª Ed. Barcelona: Elsevier España; 2012

REVISIÓN DEL LENGUAJE ENFERMERO PARA LOS CUIDADOS EN CIRUGÍA AMBULATORIA

AUTOR/ES

José Manuel González-González, Dolores María Prados-Callejas, María Aguilera-Guerrero.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con tratamiento quirúrgico necesitan unos cuidados enfermeros prequirúrgicos y unos cuidados enfermeros postquirúrgicos. Dentro del tratamiento quirúrgico tenemos la cirugía ambulatoria que se define como aquellos procedimientos quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, realizados con anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, que no requieren hospitalización¹. Los pacientes sometidos a cirugía ambulatoria, tras la recuperación anestésica en la sala de despertar, precisan de una unidad de readaptación a su medio habitual. El personal de enfermería en estas unidades proporcionan unos cuidados exhaustivos para prevenir complicaciones potenciales futuras, facilitan un contacto con sus familiares y supervisan el cumplimiento de unos criterios clínicos para recibir el alta de manera segura¹⁻².

La estancia del paciente en estas unidades corresponde con la Fase 2 de la recuperación postanestésica. La finalidad de esta fase es que el paciente alcance el nivel de recuperación suficiente para ser dado de alta a su domicilio de forma segura bajo los cuidados de un adulto responsable. En esta fase se evalúa al paciente de forma integral, se inicia la ingesta oral, la medicación se puede administrar por vía oral y comienza a recibir las instrucciones orales para el alta².

Los criterios para el alta en esta fase deben ser simples, claros, reproducibles y ajustados a los estándares médicos y anestésicos nacionales². Por esta razón, el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2008 a través de un grupo de expertos desarrolló un manual con estándares y recomendaciones para las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria². Dentro de este manual se establecen unos criterios clínicos de alta, y se determinan el uso de escala validadas para evidenciar el estado óptimo del paciente para un alta segura. Una de estas escalas es la Post-Anesthesia Discharge Scoring System (PADSS)².

Antes del alta, el paciente y el cuidador o familiar responsable, debe recibir instrucciones de los cuidados y tratamientos a seguir en el domicilio, así como tener un número de contacto del centro sanitario para cualquier incidencia en salud¹.

Uno de los marcos conceptuales más adecuados para reflejar la práctica asistencial de estas unidades de readaptación al medio, es el modelo de enfermería de Virginia Henderson. El motivo de esta elección es porque en estas unidades asistenciales la enfermera tiene un rol de

colaboración con otros profesionales, *cirujanos y anestelistas*, para ayudar al paciente a seguir el plan terapéutico tal como fue iniciado por estos profesionales, y a su vez la enfermera desempeña su rol propio, pues a partir de la valoración conceptual del ser humano como un todo compuesto por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, va a construir un método de solución de problemas, es decir, el proceso enfermero, por el cual va a propiciar que el paciente y la familia tome conciencia y asuma la fuerza, el conocimiento y la voluntad necesarias para alcanzar la independencia en la satisfacción de las necesidades básicas. A su vez, este modelo de enfermería es compatible con uso del lenguaje taxonómico enfermero.³

Las respuestas humanas a abordar por la enfermera en estas unidades de readaptación al medio, según el modelo de Virginia Henderson, son los problemas de colaboración, los diagnósticos de autonomía y los diagnósticos de independencia.

Los problemas de colaboración (CP) según Lynda Juall Carpenito son algunas complicaciones fisiológicas que los enfermeros controlan para detectar su aparición o los cambios de estados. Enfermería gestiona los problemas de colaboración mediante intervenciones prescritas por médicos, para minimizar las posibles complicaciones de los sucesos⁴. A la hora de nombrar estas situaciones, reales o potenciales, es necesario e insustituible la utilización de la terminología médica, a la cual se antepone la frase "complicación potencial" y tras ella se añade la frase "secundaria a " seguida de la causa que genera el problema³.

Los diagnósticos de autonomía (DxA) reflejan una falta total o parcial, temporal o permanente, de capacidad física o psíquica del paciente para hacer por sí mismo las acciones apropiadas con objeto de satisfacer las necesidades básicas, y la carencia de un agente de autonomía asistida capacitado. Estos diagnósticos reflejan respuestas humanas las cuales no se pueden modificar, por esta razón a la hora de formularlos no parece adecuado utilizar la terminología NANDA, en su lugar utilizamos la necesidad alterada seguida de "Suplencia parcial / total" según la ayuda que necesite el paciente para satisfacer dicha necesidad.³

Los diagnósticos de independencia (DxE) son respuestas humanas relacionadas con la satisfacción de las necesidades básicas. Estos diagnósticos pueden ser reales; si las respuestas a las necesidades son inapropiadas, pueden ser de riesgos; si las respuestas a las necesidades pueden dejar de ser apropiadas en un futuro próximo, y pueden ser de salud; si la respuesta a las necesidades son apropiadas pero mejorables y la persona puede y quiere aumentarlas. Estos diagnósticos se formulan a través de la clasificación diagnóstica de la NANDA internacional.³

A la hora de conceptualizar el plan de cuidado de los pacientes de cirugía ambulatoria tenemos que detectarlas alteraciones a las respuestas humanas de las distintas necesidades básicas y a

través de unas intervenciones enfermeras (NIC) conseguir unos resultados enfermeros en salud (NOC) afines a una adaptación a su medio habitual.

OBJETIVOS

Determinar las características del plan de cuidados de los pacientes sometidos a cirugía ambulatoria en la Unidad de Hospitalización Polivalente del Hospital de Alta Resolución de Utrera.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio para trasladar el lenguaje de enfermería estandarizado a la práctica clínica habitual. En este estudio participaron tres enfermeros con experiencia en el manejo del lenguaje taxonómico enfermero, y con experiencia en los cuidados de cirugía ambulatoria. Las variables dependientes son los DxE, los DxA, lasCP, lasNIC y los NOC. Y como variable independiente tomamos de manera global la práctica enfermera asistencial diaria.

Se realiza a nivel individual, un rastreo de las variables dependientes utilizando los DxE, DxA y CP establecidos en la cartera de diagnósticos de enfermería del Hospital de Alta Resolución de Utrera, y por el otro lado se realiza un rastreo dentro de la taxonomía NIC y NOC, extrayendo el código de aquellas etiquetas taxonómicas más compatibles con las variables independientes.

El material utilizado son los libros que recogen la taxonomía NOC⁵ y NIC⁶, y la cartera de DxE, DxA y CP establecidos por el Hospital. Para facilitar el trabajo de visualización de las distintas etiquetas taxonómicas NOC se utiliza la estructura empleada para su codificación en dominios, clases y resultados. Y para visualizar las distintas etiquetas taxonómicas NIC se utiliza la estructura empleada para su codificación en campos, clases e Intervenciones.

Los datos se recogen y se ponen en común en una tabla de cinco por tres. Se analiza por coincidencia del código clasificatorio. Se toma como válidas aquellas variables dependientes que presente como mínimo 2/3 del total, es decir que coincidan dos enfermeros de los tres que participan.

RESULTADOS

Se obtiene una coincidencia absoluta de 1 para la CP derivadas de la colocación del catéter venoso periférico necesario para la intervención. Por otro lado se obtiene una coincidencia de 2/3 para las CP propios de la cirugía o anestesia, como el dolor, hemorragia, retención urinaria, tromboflebitis, dehiscencia e infección. Con respecto a la ansiedad prequirúrgica se observa una coincidencia de 2/3 para ser abordada como CP.

Se observa una coincidencia de 2/3 para los DxA de suplencia parcial en la eliminación, movilización y vestido.

En los DxE tiene una coincidencia de 2/3 para riesgos de caídas, ansiedad y disposición para mejorar la gestión de la propia salud.

Con respecto a los NOC, hay una coincidencia absoluta de 1 para los resultados que hacen referencia a la perfusión tisular periférica y una coincidencia de 2/3 para los siguientes resultados: Estado de recuperación posterior al procedimiento, signos vitales y control del dolor.

Por último, las NIC presenta una coincidencia absoluta de 1 para las siguientes intervenciones: enseñanza prequirúrgica, precauciones quirúrgicas, preparación quirúrgicas, monitorización de signos vitales, etapas de la dieta, manejo de las náuseas, manejo del vómito, manejo de la eliminación urinaria, cuidados de las heridas, manejo del dolor, precaución de las hemorragias, cuidados de las heridas, manejo del dolor, manejo de la eliminación urinaria y prevención de caídas. También se observa para las NIC una coincidencia de 2/3 para terapia de ejercicios: deambulación y disminución de la hemorragia.

	CP	DxA	DxE	NOC	NIC
ENFERMERO 1	CP11CP3 CP4CP10 CP13CP14 CPACP8	S3 S7 S9S13	162	040712040713 080201080202080205 0802060407100407060407071605111 01406 101407 210702 210708 110205 210201 181401 121031 160502190903 190901 190913020014 050201	5610 2920 2930 6680 10201450 1570 0590 3660 140040103660 40700590 4070 0430 0450 64900221 4020
ENFERMERO 2	CP11CP3 CP4 CP13CP14 CPA	S3 S7 S9 S15 S14	155 162 14615	040712040713 080201 080202 080205 080206 230302 230307230313 2303150407060407071605110407100 40706 040707020806 050218100401230308 230310230314160504	5610 2920 2930 6680 1020 1450 1570 0590 3660 140040103660 4070 0590 4070 0430 0450 64900221 4020
ENFERMERO 3	CP11CP10CP15.	0	146155 148	040712040713230302 230307 230313160511230324 230320 230321230322 230315181303 181306 121105121131010902 010903 040918 050332 040314	5610 2920 2930 6680 10201450 1570 0590 3660 140040103660 40701400 0590 40700450 6490

Rojo coincidencia absoluta 1, azul coincidencia 2/3 y verde no coincidencia 0 no aporta

CONCLUSIONES

El modelo de enfermería adoptado a nivel asistencial determina las características del plan de cuidados, pues a la hora de clasificar los problemas detectados a las respuestas humanas de los pacientes, se observa en los resultados una prevalencia de CP y de DxE de riesgos y DxE de salud, y no se aprecian DxE reales relacionados con el proceso de cirugía ambulatoria. Esto

hace ver que la principal característica de nuestro plan de cuidados tiene un carácter preventivo, ya que estos problemas van a describir respuestas humanas a estados de salud que pueden desarrollarse en el individuo vulnerable³.

Se plantea controversia con respecto a cómo abordar la ansiedad prequirúrgica, pues puede enfocarse como DxE o como PC, esto puede ser debido a la visión enfermera, pues dentro de los cuidados prequirúrgicos se incluye la administración de ansiolíticos prescritos por anestesia. Los diagnósticos de autonomía han tenido una aceptación parcial debido a que los pacientes después del acto quirúrgico y de la anestesia, requieren la ayuda momentánea de otra persona para realizar ciertas necesidades.

En cuanto a los NOC se puede decir que confluyen ciertos criterios, los cuales van encaminados a determinar la preparación óptima del paciente para la vuelta a su entorno habitual. Se puede afirmar, que los criterios NOC obtenidos coinciden con ítems de la escala validada PADSS. La elección de las NIC ha sido más homogénea. Estas NIC corresponden con los cuidados necesarios para una cirugía ambulatoria segura¹.

Una debilidad en este análisis, es que no se ha observado la confluencia de NOC ni de NIC encaminados a la transmisión de aquellas instrucciones necesarias, antes del alta al paciente o al cuidador o familiar responsable, de los cuidados y tratamientos a seguir en el domicilio.

Como área de mejora a este estudio, se plantea aumentar el número de revisores y la elección de técnicas cualitativas de consenso como grupo nominal o panel de experto para reforzar la capacidad de generalización de estos resultados.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Grupo de trabajo para la elaboración de Estándares y Recomendaciones de la UCMA. Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2008
- 2.- Viñoles, J. Argente, P. Criterios de alta en cirugía ambulatoria. CIR MAY AMB. 2013; 18 (3): 125 - 132.
- 3.- Fernández Ferrín, C; Luis Rodrigo, MT. De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª ed. Madrid: Elsevier España; 2005.
- 4.-Carpenito, LJ. Manual de diagnóstico de enfermería. 4ª Ed. Madrid:McGraw-Hill / Interamericana de España; 2005.
5. - Johnson M, Maas M, Moorhead S, editoras. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª Ed. Madrid: Elsevier España; 2005.

6. - McCloskey LC, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), 4ª Ed. Madrid: Elsevier España; 2005.

ANEXO

DxE, CP y DxA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: INDEPENDENCIA

NANDA	
00015	RIESGO DE ESTREÑIMIENTO
00047	RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA
00061	CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR
00062	RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR
00078	GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD
00155	RIESGO DE CAÍDAS (VALORAR DIAGNOSIS DIFERENCIAL CON DGCO. SUPLENCIA)
00069	AFRONTAMIENTO INEFECTIVO
00162	DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA PROPIA SALUD
00193	DESCUIDO PERSONAL

COMPLICACIONES POTENCIALES (MAS FRECUENTES)

CP1	CP ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA Y/O EAP SECUNDARIO A (ESPECIFICAR)
CP2	CP BRONCOASPIRACIÓN, HIPOXIA Y/O FALLO RESPIRATORIO SECUNDARIO A (ESPECIFICAR)
CP3	CP DOLOR SECUNDARIO A (ESPECIFICAR)
CP4	CP HEMORRAGIA, DEHISCENCIA Y/O INFECCIÓN SECUNDARIA A HERIDA
CP5	CP HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL Y/O CONVULSIONES SECUNDARIO A (ESPECIFICAR)
CP6	CP HIPO/HIPERGLUCEMIA, ALCALOSIS/ACIDOSIS Y/O DESEQUILIBRIO ELECTROLÍTICO SECUNDARIO A (ESPECIFICAR)
CP7	CP DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO, HIPOVOLEMIA Y/O SHOCK SECUNDARIO A (ESPECIFICAR)
CP8	CP RETENCIÓN URINARIA, INSUFICIENCIA RENAL Y/O CÁLCULOS RENALES SECUNDARIO A (ESPECIFICAR)
CP9	CP LESIÓN BUCAL, OCLUSIÓN, ACODAMIENTO, Y/O DESALOJO SECUNDARIO A SONDAJE GÁSTRICO
CP10	CP INFECCIÓN, OCLUSIÓN, ACODAMIENTO Y/O DESALOJO SECUNDARIO A SONDAJE VESICAL
CP11	CP FLEBITIS, OCLUSIÓN, ACODAMIENTO, EXTRAVASACIÓN, Y/O DESALOJO SECUNDARIO A VENOCCLISIS
CP12	CP ALÉRGIA/ANAFILAXIA SECUNDARIO A (ESPECIFICAR)
CP13	CP RETENCIÓN URINARIA, TROMBOFLEBITIS, HEMORRAGIA Y/O DOLOR SECUNDARIO A POSTOPERATORIO MEDIATO (<24H)
CP14	CP HEMORRAGIA Y/O DOLOR SECUNDARIO A POSTOPERATORIO MEDIATO (<24H)
CP15	CP INFECCIÓN, TROMBOFLEBITIS, HEMORRAGIAS, DOLOR Y/O DEHISCENCIA SECUNDARIO A POSTOPERATORIO TARDÍO (>24H)
CP16	CP INFECCIÓN, HEMORAGIA Y/O DOLOR SECUNDARIO A POSTOPERATORIO TARDÍO (>24H)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: SUPLENCIA

S1	ALIMENTACION: SUPLENCIA PARCIAL
S2	ALIMENTACION: SUPLENCIA TOTAL
S3	ELIMINACIÓN FECAL/URINARIA: SUPLENCIA PARCIAL
S4	ELIMINACIÓN FECAL/URINARIA: SUPLENCIA TOTAL
S5	HIGIENE Y CUIDADO DE LA PIEL Y MUCOSAS: SUPLENCIA PARCIAL
S6	HIGIENE Y CUIDADO DE LA PIEL Y MUCOSAS: SUPLENCIA TOTAL
S7	MOVILIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DE UNA BUENA POSTURA: SUPLENCIA PARCIAL
S8	MOVILIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DE UNA BUENA POSTURA: SUPLENCIA TOTAL
S9	VESTIDO Y ARREGLO PERSONAL: SUPLENCIA PARCIAL
S10	VESTIDO Y ARREGLO PERSONAL: SUPLENCIA TOTAL
S11	MANTENIMIENTO DE LA TEMPERATURA CORPORAL: SUPLENCIA PARCIAL
S12	MANTENIMIENTO DE LA TEMPERATURA CORPORAL: SUPLENCIA TOTAL
S13	MANTENIMIENTO DE LA SEGURIDAD DEL ENTORNO: SUPLENCIA PARCIAL
S14	MANTENIMIENTO DE LA SEGURIDAD DEL ENTORNO: SUPLENCIA TOTAL

LENGUAJE ENFERMERO EN EL ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN MADRES CON RECIÉN NACIDOS DE BAJO PESO

AUTOR/ES

Silvia Portero de la Cruz.

Manuel Vaquero Abellán.

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo materno es uno de los factores de riesgo prevenibles más importantes para el bajo peso al nacer¹. Los recién nacidos de madres fumadoras presentan una media de 200 gramos menos y una longitud 1cm menor que los nacidos de madres no fumadoras². Además, la exposición materna al humo de tabaco ambiental incrementa este riesgo entre los recién nacidos de mujeres no fumadoras³. Se estima que la exposición de una madre no fumadora al humo del tabaco puede suponer para el feto el equivalente del consumo de 4-5 cigarrillos al día⁴.

Los datos publicados sobre prevalencia del tabaquismo en las mujeres embarazadas en nuestro país oscilan entre el 22% y el 32% y muestran un alto porcentaje de abandono espontáneo al comienzo de la gestación⁵. Sin embargo, entre el 50 y el 70% de ellas recae al año posterior al parto. Dos de los factores más importantes asociados con las recaídas en el postparto son la introducción temprana de la lactancia artificial y el tener familia y amigos que fuman⁶.

La adicción al tabaco es una condición clínica difícil de superar si no se dispone del apoyo y del tratamiento adecuado⁷. Aunque todos los profesionales de la salud tienen un importante papel que desempeñar en la promoción de la salud y en la prevención-control del tabaquismo⁸, enfermería es el grupo de profesionales sanitarios mayoritario, por lo que son los más susceptibles de encuentro con mujeres fumadoras en la práctica diaria⁹. Esta situación permite no sólo identificar a las mujeres fumadoras, sino también contribuir en el avance del proceso del cese tabáquico, ofreciéndoles estrategias y recursos que les permitan dar el paso definitivo hacia el abandono del consumo de tabaco¹⁰.

El empleo de un lenguaje estandarizado enfermero a través de la identificación de los diagnósticos de enfermería, intervenciones y resultados es un aspecto relevante en la asistencia clínica, además de la valoración y el seguimiento de los cuidados¹¹. En España, queda oficializado el empleo de este lenguaje mediante la aprobación del Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre¹², por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, en cuyo anexo VII se establece la obligatoriedad de codificar en el informe de cuidados de Enfermería las etiquetas diagnósticas desarrolladas por la North

American Nursing Diagnosis Association (NANDA), los resultados esperados según la taxonomía NOC (Nursing Outcomes Classification) y las intervenciones enfermeras necesarias para dar solución a estos problemas utilizando la clasificación NIC (Nursing Interventions Classification). La unificación del lenguaje empleado permite la unificación de las intervenciones y objetivos de enfermería y facilita la informatización de las actividades. Incluso existen iniciativas que aplican el lenguaje estandarizado enfermero para calcular coste-efectividad, imputar costes derivados de la actividad de enfermería, realizar análisis económicos¹³ y medir el volumen de trabajo de enfermería¹⁴. Además, constituye una herramienta básica para el desarrollo de la investigación y de la enfermería basada en la evidencia¹⁵.

En el presente estudio se plantearon como objetivos determinar qué factores socioeconómicos y culturales están asociados o al consumo de tabaco en madres con recién nacidos de bajo peso, describir su percepción de riesgo y elaborar un plan de cuidados englobando la metodología y el lenguaje normalizado propio de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de casos y controles no pareado entre noviembre de 2012 y febrero de 2013 en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba (materno-infantil).

Se consideraron como casos las mujeres fumadoras antes y durante el embarazo (o aquellas que abandonaron el hábito en un mes determinado durante el mismo), con recién nacidos ingresados en la Unidad de Neonatología cuyo peso al nacimiento fuera menor de 2500 gramos, independientemente de su edad gestacional. El grupo control estuvo formado por aquellas mujeres no fumadoras antes de quedar embarazada o aquellas ex fumadoras de más de 5 años de antigüedad con recién nacidos ingresados en la Unidad de Neonatología cuyo peso al nacimiento fuera menor de 2500 gramos, con independencia de su edad gestacional.

Se adoptó como criterio de exclusión ser menor de 18 años.

La selección de la muestra fue aleatoria, de forma consecutiva a partir de las madres de los recién nacidos en las horas fijadas para las visitas en la maternidad del hospital. La muestra mínima necesaria fue de 26 casos y 39 controles (razón de controles por caso 1, 5, OR esperada 5, 0, porcentaje exposición controles 30%, potencia del 80% y un nivel de confianza del 95%)

Los datos para la valoración de las madres fueron recogidos mediante cuestionario específico anónimo autoadministrado o a través de entrevista personal (en caso de nivel educativo bajo) a las madres de los recién nacidos. A todas ellas se les informó del propósito del estudio, advirtiéndoles de la voluntariedad de su participación y se les garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos, obteniendo su consentimiento para su inclusión en la investigación.

El cuestionario se diseñó tras revisión de la literatura, puesto que no se encontró un modelo previo que recogiera todos los aspectos incluidos en este estudio. Contiene variables recogidas en el "Cuestionario sobre la percepción y los riesgos del humo ambiental sobre la salud materno-infantil" desarrollado por el Proyecto INMA (infancia y medio ambiente)¹⁶ y basadas en preguntas de la encuesta elaborada por el equipo de investigación del estudio "Influencia de la gestación sobre el grado de exposición pasiva al humo del tabaco"¹⁷. Las variables recogidas fueron: edad de la madre, nivel de estudios, paridad (nulípara/múltipara), situación laboral, convivencia con fumadores en domicilio, consumo de tabaco antes y durante el embarazo (fumadora esporádica, diaria, no fumadora, abandono en un mes determinado), mes de gestación de abandono de consumo de tabaco, frecuencia en que piensa en la salud en general (mucho, bastante, poco, nada), probabilidad de que el humo de tabaco afecte a la salud de su hijo (mucho, bastante, poco, nada), nivel de preocupación en relación a una mujer embarazada fumadora (mucho, bastante, poco, nada), contribución de la educación para la salud en la concienciación sobre efectos adversos del tabaco en el feto (sí/no), actividad más eficaz para concienciar del riesgo de fumar durante el embarazo (charlas por parte del personal sanitario, desarrollo de material educativo, inclusión en grupos, publicidad atractiva).

Fueron consideradas fumadoras diarias a aquellas mujeres que consumían, al menos, un cigarrillo diario durante el último año. Por su parte, fumadoras esporádicas eran aquellas que fumaban 4 o menos cigarrillos por semana. Las mujeres ex fumadoras eran aquellas que, habiendo sido fumadoras, no consumieron tabaco en los últimos 12 meses.

Para predeterminar el tamaño muestral se utilizó el programa EpiInfo versión 6.0. Se procedió a la codificación y posterior procesamiento de los datos por medio del programa EpiInfo, versión 3.5.1. El tratamiento estadístico constó de los siguientes apartados:

- Un análisis descriptivo de los datos, mediante el cálculo de frecuencias absolutas y porcentajes en el caso de variables cualitativas y, media, desviación estándar y rango para variables cuantitativas.

- Estadística inferencial, con cálculo de la Odds Ratio (OR), como medida de asociación entre las variables con un intervalo de confianza (IC) del 95%. Se utilizó la prueba de exacta de Fisher como test de contraste de hipótesis, asumiendo como diferencias estadísticamente significativas aquellas en que el valor de p fuera inferior a 0,05.

Una vez obtenidos los resultados de la valoración, identificamos los principales problemas de enfermería mediante las etiquetas diagnósticas desarrolladas por la NANDA¹⁸, seleccionamos los resultados esperados según la taxonomía NOC¹⁹ y propusimos las intervenciones enfermeras necesarias para dar solución a estos problemas utilizando la clasificación NIC²⁰.

RESULTADOS

Se incluyó en el análisis un total de 26 casos y 39 controles. El promedio de edad de las madres fue de $28,63 \pm 5,28$ años y un rango entre 19 y 41 años. El 63,1% poseía un nivel de educación primario/secundario. Un 58,5% de las madres eran nulíparas. Con respecto a la situación laboral, un 50,8% de las mujeres trabajaban fuera frente al 20% o 29,2% que eran amas de casa o se encontraban en paro, respectivamente. Un 56,9% de las mujeres convivían con fumadores en su domicilio. Un 96,2% de las mujeres consideró el cese tabáquico al conocer que se encontraban embarazadas. El 40% eran fumadoras (esporádicas o diarias) antes de quedar embarazadas. De éstas, un 35,4% abandonó el hábito tabáquico en un mes determinado del embarazo, siendo el primer trimestre de gestación la etapa durante la cual se produjo la mayor parte de abandonos (91,2%). Durante el embarazo, continuó fumando un 4,6% de las mujeres. El 86,1% pensaban mucho/bastante en su salud general. Un 92,3% opinaba que era muy/bastante probable que el humo del tabaco afecte a la salud de su hijo/a. El 93,8% de las madres se mostraban muy/bastante preocupadas en relación a una mujer embarazada fumadora. Además, un 86,2% pensaba que la educación para la salud contribuía en la concienciación sobre efectos adversos del tabaco en el feto, considerando las charlas con el personal sanitario la actividad más eficaz para concienciar del riesgo de fumar durante el embarazo (39,3%). En la tabla 1 se muestra la relación entre las variables incluidas en el estudio y el consumo de tabaco. Tener una edad comprendida entre 19 y 26 años y convivir con fumadores en domicilio constituyeron factores de riesgo para el consumo de tabaco ($OR=2,18$ y $1,79$ respectivamente). Los factores protectores frente al hábito tabáquico fueron: ser nulípara ($OR=0,43$), poseer estudios superiores ($OR=0,19$), ser ama de casa ($OR=0,92$), pensar mucho/bastante en la salud en general ($OR=0,14$), opinar que era muy/bastante probable que el humo de tabaco afectara a la salud del hijo/a ($OR=0,06$), mostrar mucha/bastante preocupación en relación a una embarazada fumadora ($OR=0,14$) y considerar que la educación sanitaria contribuye en la concienciación sobre efectos adversos del tabaco en el feto ($OR=0,06$).

Tabla 1. Relación entre las variables incluidas en el estudio y el consumo de tabaco.					
Variables	Casos (n)	Controles (n)	OR	IC95%	Valor P
Edad					
19-26 años	12	11	2,18	0,77-6,17	0,11
≥ 27 años	14	28	1 ref		
Nivel de estudios					
Superiores	4	19	0,19		
Otros estudios	22	20	1 ref	0,06-0,67	0,005
Paridad					
Nulípara	12	26	0,43	0,15-1,19	0,08
Múltipara	14	13	1 ref		

Situación laboral					
Mujer ama de casa	5	8	0,92	0,27-3,21	0,58
Mujer trabajadora	21	31	1 ref		
Convivencia con fumadores en domicilio					
Sí	17	20	1,79	0,64-4,99	0,19
No	9	19	1 ref		
Frecuencia en que piensa en la salud en general					
Mucho/Bastante	22	38	0,14	0,02-1,38	0,08
Poco/Nada	4	1	1 ref		
Probabilidad de que el humo de tabaco afecte a la salud del hijo/a					
Muy/Bastante probable	18	38	0,06	0,01-0,51	0,002
Poco/Nada probable	8	1	1 ref		
Preocupación acerca de una embarazada fumadora					
Muy/Bastante preocupante	22	38	0,14	0,02-1,38	0,08
Poco/Nada preocupante	4	1	1 ref		
Contribución de la educación sanitaria en la concienciación sobre efectos adversos del tabaco en el feto					
Sí	18	38	0,06	0,01-0,51	0,002
No	8	1	1 ref		

OR= Odds Ratio; IC95%= Intervalo de confianza al 95%

En las tablas 2 y 3 se muestran las interrelaciones NANDA-NOC-NIC en madres fumadoras antes y durante la gestación (o aquellas que abandonaron el hábito en un mes determinado durante el mismo) y ex fumadoras, respectivamente.

Tabla 2. Interrelación NANDA-NOC-NIC en madres fumadoras antes y durante el embarazo (o aquellas que abandonaron el hábito en un mes determinado durante el mismo (CASOS)).		
NANDA	NOC	NIC
00099. Mantenimiento ineficaz de la salud: tabaquismo. Dominio 1: Promoción de la salud Clase 2. Gestión de la salud Características definitorias Falta demostrada de conocimientos. Falta de expresión de interés por mejorar las conductas de salud. Factores relacionados Falta de confianza. Resistencia al cambio.	1805. Conocimiento: conductas sanitarias. Indicadores: 06 Descripción de los efectos sobre la salud del consumo de tabaco. 1209 Motivación Indicadores: 03 Obtiene los recursos necesarios. 07 Mantiene una autoestima positiva. 09 Demuestra flexibilidad. 10 Expresa la creencia en la capacidad para abandonar el consumo de tabaco	5510 Educación sanitaria Actividades: 13 Evitar el uso de técnicas que provoquen miedo como estrategia para motivar el abandono del consumo de tabaco. 27 Determinar el apoyo de la familia, semejantes y comunidad a conductas que induzcan a la modificación de la conducta. 5240 Asesoramiento. Actividades: 01 Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. 02 Demostrar simpatía, calidez y autenticidad. 05 Disponer de intimidad para asegurar la confidencialidad. 09 Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones.

		19 Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados.
00126. Conocimientos deficientes sobre el plan para dejar de fumar. Dominio 5: Percepción/cognición Clase 4: Cognición Características definitorias Verbalización del problema Factores relacionados Poca familiaridad con los recursos para obtener información.	1814. Conocimiento: procedimientos terapéuticos Indicadores: 01 Descripción del procedimiento terapéutico. 03 Explicación de los pasos del procedimiento. 08. Ejecución del procedimiento terapéutico.	5618 Enseñanza: plan para dejar de fumar. Actividades: 01 Determinar las experiencias anteriores (si existen) y nivel de conocimientos 05 Proporcionar información acerca de cambios físicos y psicológicos durante el plan. 11 Dar tiempo para la formulación de preguntas e inquietudes. 5540 Potenciación de la disposición de aprendizaje Actividades: 02 Ayudarle a desarrollar confianza en su capacidad para abandonar el hábito. 06 Ayudarle a enfrentarse a emociones intensas (ansiedad, ira). 09 Darle tiempo para que realice preguntas y discuta sus preocupaciones. 11 Disponer un ambiente no amenazador. 14 Establecer un ambiente de aprendizaje lo más cercano posible al contacto de la persona. 28 Vigilar su estado emocional.
00069.-Afrontamiento inefectivo Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento Características definitorias Falta de resolución de los problemas. Asunción de riesgos. Factores relacionados Falta de confianza para abandonar el consumo de tabaco.	1302.Superación de problemas Indicadores: 01 Identifica patrones de superación eficaces. 03 Verbaliza sensación de control. 05 Busca información sobre la enfermedad y su tratamiento. 09 Utiliza el apoyo social disponible.	5230 Aumentar el afrontamiento Actividades: 04 Explorar los éxitos anteriores de la persona. 08 Valorar su capacidad para tomar decisiones. 22 Animar a la persona a identificar sus puntos fuertes y capacidades 24 Ayudar a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo. 28 Animar la implicación familiar. 31 Presentar a la paciente personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito.
00083. Conflicto de decisiones: dejar de fumar. Dominio 10: Principios vitales Clase 3: Valores/Creencias/Congruencia en la acción. Características definitorias Expresiones de incertidumbre. Retraso en la toma de decisiones Factores relacionados Múltiples fuentes de información: familiares, amigos,	0906 Toma de decisiones Indicadores: 01 Identifica información relevante. 02 Identifica alternativas. 03 Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa. 04 Identifica recursos necesarios para apoyar cada alternativa. 08 Compara alternativas. 09 Escoge entre varias alternativas. 1700 Creencias sobre la salud	4410 Establecimiento de objetivos comunes Actividades: 03 Identificar el reconocimiento por parte de la paciente de su propio problema. 05 Ayudar a la paciente a identificar objetivos realistas. 08 Establecer los objetivos en términos positivos. 14 Ayudar a la paciente a priorizar los objetivos identificados. 16 Explorar distintas formas para conseguir los mejores objetivos. 18 Ayudar a la paciente a desarrollar un plan que cumpla con los objetivos.

tecnología (internet...).	Indicadores: 01 Importancia percibida de la actuación. 02 Amenaza percibida por la inactividad. 07 Mejora en el estilo de vida percibida por la acción.	20 Ayudar a la paciente a sopesar las actividades utilizadas en la consecución de los objetivos. 25 Ayudar a la paciente a centrarse en los resultados esperados más que en los deseados. 31 Coordinar con la paciente fechas de revisión periódicas para valorar el progreso hacia los objetivos. 5390 Potenciación de la conciencia de sí mismo Actividades: 01 Animar a la paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos. 04 Compartir observaciones o pensamientos sobre la conducta o la respuesta de la paciente. 05 Facilitar la identificación de sus formas de respuesta habitual a diversas situaciones. 21 Ayudar a la paciente a identificar la fuente de motivación.

Tabla 3. Interrelación NANDA-NOC-NIC en madres ex fumadoras (CONTROLES)		
NANDA	NOC	NIC
00162. Disposición para mejorar la gestión de la propia salud. Dominio 1: Promoción de la salud. Clase 2: Gestión de la salud. Características definitorias Describe la reducción de factores de riesgo para el consumo de tabaco (ansiedad, estrés, ira...) Expresa mínimas dificultades con el plan propuesto para dejar de fumar.	1812. Conocimiento: Control del consumo de tabaco. Indicadores: 12 Descripción de las posibilidades de recaída y control de las recaídas en el tabaquismo 13 Descripción de acciones para prevenir y controlar las recaídas en el tabaquismo 1602. Conducta de fomento de la salud. Indicadores: 01 Utiliza conductas para evitar el consumo de tabaco. 02 Utiliza conductas efectivas de disminución del estrés. 10 Utiliza el apoyo social para fomentar la salud 1705. Orientación sobre la salud Indicadores: 08 Percibe que el cese tabáquico es importante para sí mismo.	5510. Educación sanitaria Actividades: 27 Determinar el apoyo de la familia, semejantes y comunidad a conductas que induzcan la salud. 31 Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables. 6160. Intervención en caso de recaída Actividades: 01 Disponer de un ambiente de apoyo. 05 Ayudar en la identificación de factores desencadenantes y dinámica de la recaída. 07 Ayudar en la identificación de valores y habilidades personales que puedan utilizarse en el control de la recaída. 09 Ayudar en la identificación de sistemas de apoyo disponibles. 12 Ayudar en la identificación de actuaciones alternativas para controlar la recaída. 14 Ayudar al paciente a decidirse sobre un curso de acción particular. 16 Evaluar con el paciente si se ha resuelto la crisis con el curso de acción elegido.

DISCUSIÓN

Nuestros resultados muestran que las mujeres son conscientes del riesgo que constituye el hábito tabáquico y la exposición al humo ambiental del mismo sobre el desarrollo del feto, el curso del embarazo y la salud del recién nacido. Además, los factores que están asociados al consumo de tabaco engloban aspectos relacionados con la convivencia con fumadores en el domicilio o tener entre 19 y 26 años. Los diagnósticos enfermeros, resultados esperados e intervenciones que se han propuesto en el caso de madres fumadoras antes y durante la gestación (o aquellas que abandonaron el hábito en un mes determinado durante el mismo) están relacionados con la promoción de un cambio de actitud para que asuman el abandono del consumo de tabaco como una posibilidad deseable. En el caso de mujeres ex fumadoras, guardan relación con la prevención de recaídas y el refuerzo de la decisión de abandono del consumo de tabaco.

En nuestro estudio, la convivencia con otros fumadores en el mismo domicilio aumentó 1,79 veces la probabilidad de ser fumadora. El entorno familiar con una alta exposición al humo ambiental del tabaco favorece no sólo el inicio del hábito sino también el mantenimiento de la conducta en aquellas personas fumadoras. Además, dificulta el abandono²¹. Con respecto a la edad, el hábito tabáquico fue 2,18 veces más frecuente en el grupo con edades comprendidas entre los 19 y 26 años. Esto puede ser debido a que las personas jóvenes son más vulnerables a las influencias sociales y ambientales²².

Por otro lado, el factor motivación en el grupo de mujeres nulíparas es mucho más fuerte que en aquellas que han tenido embarazos anteriores por la ilusión que supone su primer hijo/a. Esto explicaría el hecho de que la nuliparidad ejerza un papel protector frente al consumo de tabaco en nuestro estudio.

Otro aspecto a considerar es la percepción de riesgo en relación al consumo de tabaco. A pesar de que las mujeres eran conscientes de los riesgos para salud derivados de ello, un 4,6% continuó fumando durante la gestación. En este sentido, el conocimiento que se posee sobre el tema no se convierte en una actitud o comportamiento que tenga como consecuencia el abandono del hábito tabáquico²³. Las mujeres continúan fumando debido a las propiedades adictivas de la nicotina, para facilitar la interacción social y como una fuente de placer y confort. Por otro lado, un 91,2% de las mujeres de la muestra abandonaron el hábito durante el primer trimestre de gestación. Algunos investigadores han descrito que el consumo de sustancias adictivas sigue un proceso paralelo al de la maduración personal, de manera que circunstancias vitales consideradas de transición (como puede ser el embarazo) son factores determinantes para dejar de fumar²⁴.

Según los resultados obtenidos, un 86,2% de las mujeres consideraban que la educación sanitaria contribuía en la concienciación sobre los efectos adversos del tabaco en la mujer

embarazada, el feto y el recién nacido, actuando como factor protector frente al consumo de tabaco. El personal de enfermería, debido a su proximidad y cercanía a los pacientes, logra un gran efecto en la concienciación de los riesgos del hábito tabáquico así como en la reducción del consumo del mismo²⁵.

En relación a las interrelaciones NANDA-NOC-NIC propuestas, coincidimos con Miguel García²⁶ en la necesidad de utilizar un lenguaje normalizado que permita tanto la continuidad de los cuidados como la investigación y el desarrollo del conocimiento enfermero.

En nuestro estudio se ha empleado un método indirecto mediante cuestionario. Esto presenta algunas limitaciones. Es un método subjetivo y se cree que tiende a infraestimar el consumo y la exposición real. A pesar de ello, se trata de un método válido. Por otro lado, a la gestante puede resultarle difícil reconocer su consumo y exposición al tabaco ante los demás, por lo que el factor veracidad debe mencionarse. A pesar de las limitaciones mencionadas, el estudio cumple los propósitos para los cuales fue diseñado.

CONCLUSIONES

Las mujeres que tienen mayor tendencia a fumar son jóvenes y con estudios primarios/secundarios. En contraposición ser nulípara y ama de casa disminuye la probabilidad de ser fumadora. Además, la mayor parte de mujeres fumadoras abandonan el hábito durante el primer trimestre de la gestación. Dada la vulnerabilidad de este grupo de población, debemos insistir en la necesidad de ofrecerse ayuda eficaz para dejar de fumar y aprovechar los controles obstétricos y las visitas posnatales para dar información sobre el tabaquismo. El personal de enfermería debe implicarse, integrando a la familia y/o amigos en el tratamiento de la dependencia tabáquica proporcionando ánimo, atención especial y escucha empática.

La enfermería como ciencia necesita un lenguaje en el que expresar su particular visión de los fenómenos de salud/enfermedad y las respuestas humanas con el objetivo de generar conocimiento y dejar registro de él. Sería interesante llevar a cabo, en el futuro, estudios que profundicen en la metodología estandarizada enfermera con el objeto de facilitar su aplicación en la práctica profesional de los cuidados enfermeros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Delgado Peña YP, Rodríguez Martínez G, Samper Villagrasa MP, Caballero Pérez V, Cuadrón Andrés L, Álvarez Sauras ML, et al. Características socioculturales, obstétricas y antropométricas de los recién nacidos hijos de madre fumadora. *An Pediatr (Barc)*. 2012; 76(1): 4-9.
2. Solano Reina S, Vaquero Lozano P, García Rico T, Solano García-Tenorio R, Romero Calatrava A, de Granda Orive JI, et al. Consumo y abandono del tabaco en el embarazo: la importancia de la intervención mínima sistematizada. *Prev Tab*. 2011; 13(3): 105-111.

3. Abu-Baker N, Haddad L, Savage C. The influence of secondhand smoke exposure on birth outcomes in Jordan. *Int.J.Environ.Res.Public Health*.2010; 7(2): 616-614.
4. Córdoba García R, García Sánchez N, Suárez López de Vega RG, Galván Fernández C. Exposición al humo ambiental de tabaco en la infancia. *An Pediatr (Barc)*. 2007; 67(2): 101-103.
5. Jiménez-Muro A, Samper MP, Marqueta A, Rodríguez G, Nerín I. Prevalencia de tabaquismo y exposición al humo ambiental de tabaco en mujeres embarazadas: diferencias entre españolas e inmigrantes. *Gac Sanit*. 2012; 26(2): 138-144.
6. Nerín I, Jané M. Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Abordaje con una perspectiva de género. Zaragoza: Comité para la Prevención del Tabaquismo y Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
7. Camarelles Guillem F, Salvador Livina T, Ramón Torell JM, Córdoba García R, Jiménez Ruiz C, López García-Aranda C, et al. Consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83(2): 175-200.
8. World Health Organization (WHO). The Role of Health Professionals in Tobacco Control. Ginebra: World Health Organization; 2009.
9. Derek R. Tobacco control and the nursing profession. *Nurs. Health Sci*. 2010; 12(1): 1-3.
10. Karatay G, Kublay G, Emiroglu O.N. Effect of motivational interviewing on smoking cessation in pregnant women. *J. Adv. Nurs*. 2010; 66(6): 1328-1337.
11. Cachón JM, Álvarez C, Palacios D. El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileñas: fenomenológico. *Enferm Intensiva*.2012; 23(2): 68-76.
12. Real Decreto-Ley 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud (Boletín Oficial del Estado, número 225, de 16 de septiembre de 2010).
13. Jones D, Lunney M, Keenan G, Moorhead S. Standardized nursing languages: essential for the nursing workforce. *Annu Rev Nurs Res*.2010; 28(1): 253-294.
14. De Cordova PB, LuceroRJ, JunS. Using the Nursing Interventions Classification as a Potential Measure of Nurse Workload. *J Nurs Care Qual*. 2010; 25(1): 39-45.
15. Kautz DD, Van Horn ER. An Exemplar of the Use of NNN Language in Developing Evidence-Based Practice Guidelines. *Int J Nurs Terminol Classif*.2008; 19(1): 14-19.

16. Aguilar C, Ballester F, Cases A, Cortés R, Esplugues A et al. Cuestionario de la situación sobre la percepción y los riesgos del humo ambiental sobre la salud materno-infantil. [Internet].Valencia: Proyecto INMA; 2006 [acceso 3 de diciembre de 2012].
17. Ansorena de Paul J, Salgado Reguero E, Ancín Pagoto M.Influencia de la gestación sobre el grado de exposición pasiva al humo de tabaco. *Prev Tab.* 2011; 13(1): 20-27.
18. Herdman TH, editor. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier; 2012.
19. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.
20. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.
21. Jiménez-Muro A, Samper MP, Marqueta A, Rodríguez G, Nerín I. Prevalencia de tabaquismo y exposición al humo ambiental de tabaco en mujeres embarazadas: diferencias entre españolas e inmigrantes. *Gac Sanit.* 2012; 26(2): 138-144.
- 22.Soto F, García FJ. La industria tabaquera y la promoción del tabaquismo entre los menores y jóvenes: una revisión internacional. *Gac Sanit.* 2009; 23(5): 448–457.
23. Burcu T, Ufuk B, Galip E. Predictors of smoking during pregnancy among working women. *Turkish Journal of Public Health.* 2008; 6(1): 1-8.
- 24.Ramón JM, Bruguera E, Fernández C, Sanz de Burgoa V, Ramírez E. Motivos para dejar de fumar en España en función del sexo y la edad. *Gac Sanit.* 2009; 23(6): 539.e1–539.e6.
- 25.Smith P, Sellick S, Spadoni M. Tobacco cessation Clinical Practice Guideline use by rural and urban hospital nurses: a pre implementation needs assessment. *BMC Nursing* 2012; 11(6): 1-11.
26. Miguel García A, De Miguel Salinas F. Abordaje del tabaquismo: planes de cuidados de enfermería.NUREInv.[RevistaenInternet]2009Nov-Dic.[Fechaacceso: 17 de diciembre de 2013]; 6 (43):[aprox11pant].

DIFICULTADES PERCIBIDAS POR EL ALUMNADO DE GRADO DE ENFERMERÍA EN EL APRENDIZAJE DE TAXONOMÍAS ENFERMERAS

AUTOR/ES

M Macarena Romero-Martín¹, Álvaro Pizarro-Miranda²

Profesora del Centro de Enfermería Cruz Roja adscrito a la Universidad de Sevilla.

Alumno de tercero de Grado del Centro de Enfermería Cruz Roja adscrito a la Universidad de Sevilla.

PALABRAS CLAVE

Estudiantes de enfermería, diagnósticos de enfermería, aprendizaje.

INTRODUCCIÓN

Una taxonomía es una forma de organizar y clasificar estandarizada. Es una forma de clasificación guiada por unas normas establecidas anteriormente, con el objetivo de facilitar la búsqueda de cualquier apartado que se encuentre dentro de la taxonomía que se emplee. La estructura taxonómica permite la selección fácil¹.

En enfermería, se trabaja con tres taxonomías que facilitan la práctica clínica:

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Es un sistema de clasificación que describe, según un juicio clínico, la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales/problema de salud reales o potenciales que proporciona la base de la terapia para el logro de objetivos de los que enfermería es responsable².

Nursing Outcomes Classification (NOC). Es un sistema de clasificación estandarizada que describe los resultados de pacientes sensibles a la intervención de enfermería. Así mismo, su utilidad radica en la identificación, validación y clasificación de los resultados e indicadores del usuario que puedan alcanzarse tras las intervenciones enfermeras. Facilita la comprensión de resultados y la inclusión de indicadores específicos para evaluar y puntuar los resultados obtenidos con el paciente³.

Nursing Interventions Classification (NIC). Es un sistema de clasificación normalizada del cuidado que describe las intervenciones que enfermería realiza para ayudar al individuo a alcanzar los objetivos previamente fijados y establecidos por la taxonomía NOC. Es un proyecto para identificar, validar y clasificar dichas intervenciones siempre en concordancia con el diagnóstico NANDA⁴.

El uso de estas taxonomías aporta numerosas ventajas a la práctica enfermera⁵:

Suponen un lenguaje común para expresar cuidados enfermeros

Proporcionan una base para establecer juicios clínicos de forma independiente

Describe y hace visible el trabajo realizado por los profesionales de enfermería

Facilita la comunicación entre los profesionales.

Garantiza la planificación individualizada de los cuidados.

Proporciona una estructura para el razonamiento y toma de decisiones

Agiliza el trabajo de enfermería en todos los ámbitos

Genera confianza y motivación profesional al comprobar la eficacia de sus intervenciones

El aprendizaje y asimilación de las taxonomías enfermeras por parte de los profesionales de enfermería, ayudan a la práctica clínica. La interiorización de las mismas lleva un mejor funcionamiento por parte de enfermería, no solo de forma individual, sino cohesionando a enfermería como un colectivo.

El Libro Blanco de Enfermería de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) describe las competencias específicas de enfermería asociadas con la práctica enfermera y toma de decisiones clínicas, que se ajustan a los pasos del proceso enfermero. Igualmente se describen competencias interpersonales y de comunicación con demás profesionales de enfermería entre otros⁶. Las taxonomías enfermeras suponen una herramienta que facilita la adquisición de ambas competencias.

La responsabilidad del aprendizaje y correcto empleo de las taxonomías enfermeras recae en los centros formadores de futuros profesionales de enfermería. El programa docente que se desarrolla en el Centro de Enfermería Cruz Roja adscrito a la Universidad de Sevilla, incluye las competencias de conocimientos, habilidades y procedimentales relacionadas con las taxonomías enfermeras en la signatura Historia, Teorías y Método de la Enfermería II que se imparte en segundo curso de grado, en el primer cuatrimestre.

Este estudio pretende analizar las dificultades que el alumnado de enfermería encuentra en el aprendizaje de las taxonomías, para adaptar la docencia a estas dificultades. Se trata de identificar los aspectos donde el alumnado encuentra más dificultad e introducir innovaciones en las metodologías docentes para ajustarse a las necesidades detectadas y facilitar el aprendizaje. La asimilación de las taxonomías enfermeras por parte de los/as estudiantes contribuirá a una mayor calidad en su futura práctica profesional.

OBJETIVO

Describir las dificultades percibidas por los/as estudiantes de enfermería a la hora de interiorizar las taxonomías enfermeras para adaptar las metodologías docentes a dichas dificultades.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal. La población de estudio la forma el alumnado de segundo de Grado de Enfermería del Centro Cruz Roja adscrito a la Universidad de Sevilla.

Los datos se recogieron con un cuestionario de elaboración propia con preguntas cerradas de opción múltiple y una relación de ítems con una escala tipo Likert que graduaba del 1 al 4 la dificultad percibida en el aprendizaje de cada ítem. En dicha escala el valor 1 correspondía al nivel "dificultad accesible" y el valor 4 a "muy difícil". El cuestionario fue distribuido a la población al finalizar la docencia de la asignatura Historia, teorías y método de la Enfermería II, que incluye en sus contenidos las taxonomías enfermeras.

Los/as estudiantes fueron informados/as del propósito del estudio y todo el alumnado participó voluntariamente. El índice de respuesta fue del 100%. Los datos fueron recogidos en enero de 2014 y se registraron de forma anónima en una base de datos para su posterior explotación estadística.

El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 20.0 y las figuras gráficas se elaboraron con el programa informático Microsoft Excel versión 2003.

RESULTADOS

La población estuvo formada por 59 alumnos/as, de los cuales el 68% fueron mujeres y el 32% hombres. La edad media fue 22 años. El alumnado refiere que la taxonomía percibida como más difícil es NANDA (44%) como puede apreciarse en la figura 1. La figura 2 muestra que la taxonomía percibida con mayor aplicación práctica es NIC (67%).

Figura 1. ¿Qué taxonomía enfermera has encontrado más difícil de aprender?

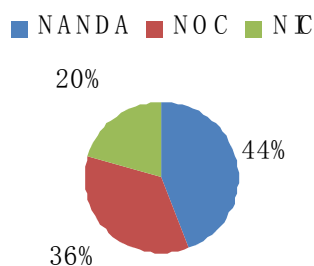
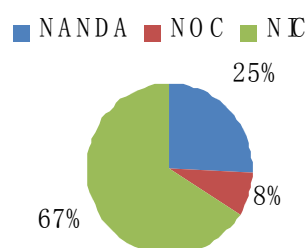
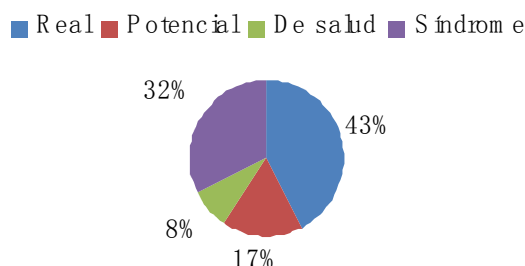


Figura 2. ¿Cuál de ellas piensas que tiene mayor aplicación práctica?



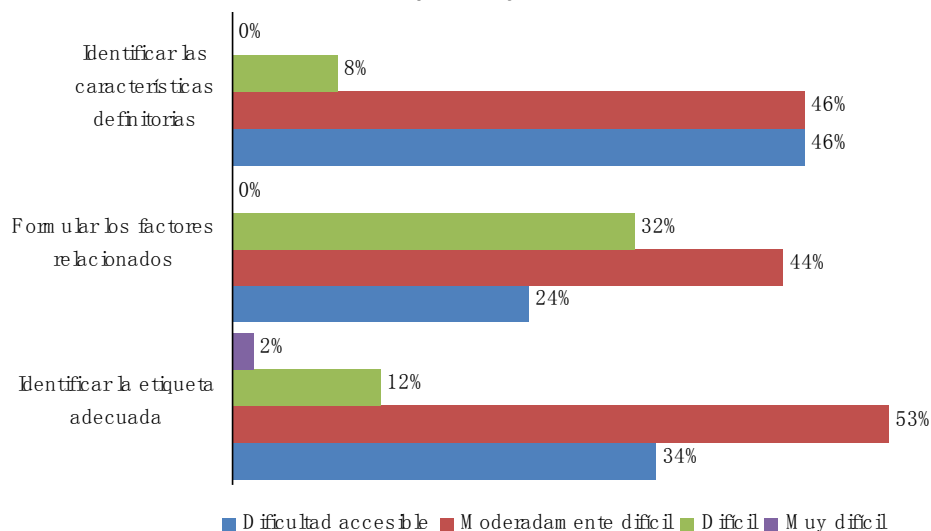
El tipo de diagnóstico percibido como más difícil de aprender es el real (43%) como se muestra en la figura 3.

Figura 3. ¿Qué tipo de diagnóstico te ha resultado más difícil aprender?



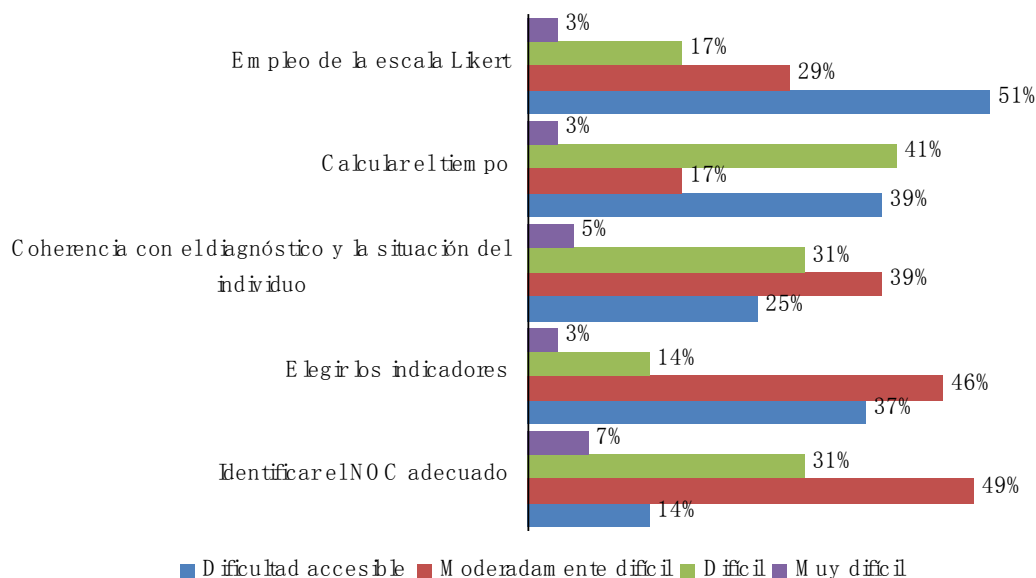
El aprendizaje de la NANDA es percibido como moderadamente difícil, en líneas generales, e identificar los factores relacionados fue el ítem con mayor frecuencia calificado como "difícil" (32%) como recoge la figura 4.

Figura 4. Valora la dificultad que te ha supuesto los siguientes aspectos en la relación con el aprendizaje de la taxonomía NANDA



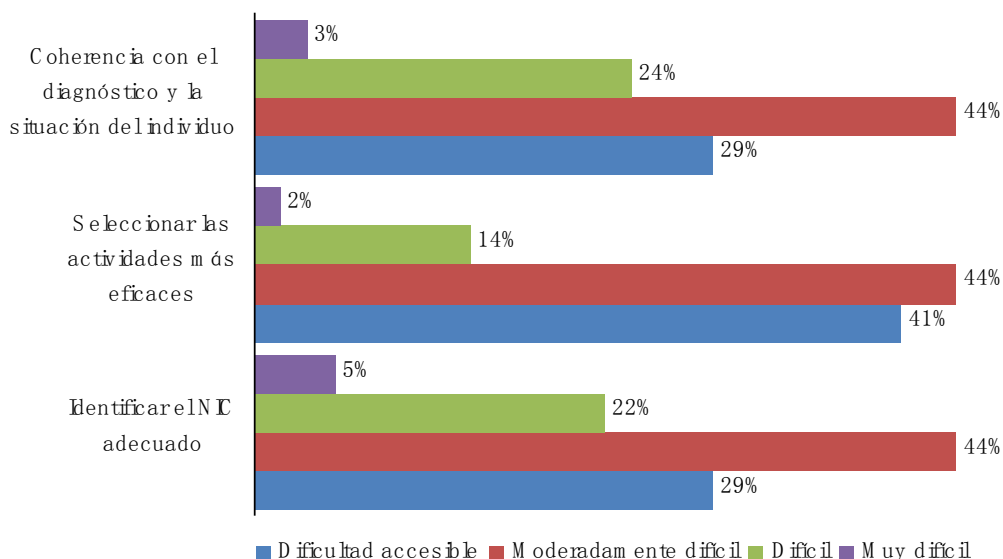
La NOC es percibida raramente como muy difícil (7%) y el ítem identificado con mayor dificultad es el establecimiento del tiempo (41%) como ilustra la figura 5.

Figura 5. Valora la dificultad que te ha supuesto los siguientes aspectos en relación con el aprendizaje de la taxonomía NOC



La NIC es del mismo modo escasamente percibida como difícil (5%). La percepción es en general moderadamente y accesiblemente difícil (44%) y la percepción de dificultad es muy similar en todos los ítems como se puede comprobar en la figura 6.

Figura 6. Valora la dificultad que te ha supuesto los siguientes aspectos en relación con el aprendizaje de la taxonomía NIC



CONCLUSIONES

El alumnado identificó NANDA como taxonomía que presenta mayor dificultad para su aprendizaje. Atendiendo a su definición, NANDA es una clasificación de diagnósticos enfermeros, un concepto totalmente nuevo para los/as estudiantes, que aún está en proceso de afianzarse en la práctica clínica por los propios profesionales⁷. Por otro lado, la formulación de NANDA es más compleja y elaborada que la de NOC y NIC ya que incluye además de la etiqueta diagnóstica otros elementos, los factores relacionados y las características definitorias. El alumnado debe adquirir las competencias de pensamiento crítico y juicio clínico para identificar todos los elementos y formularlos correctamente⁸. Este hecho podría explicar igualmente la percepción del alumnado del tipo de diagnóstico real como el más difícil de aprender. En la formulación de los diagnósticos reales se detallan los factores relacionados y las características definitorias además de la etiqueta diagnóstica. La formulación de los diagnósticos potenciales refleja los factores relacionados y la de los diagnósticos de salud y síndrome solamente la etiqueta diagnóstica⁹. La simplicidad en la formulación puede influir en la percepción de la población de estudio.

En relación al marco asistencial de enfermería el alumnado identificó que la taxonomía con mayor aplicación a la práctica clínica es NIC. Este resultado es comprensible dado que NIC es un sistema de clasificación completa normalizada del cuidado que describe las intervenciones que enfermería realiza para ayudar al individuo a alcanzar los objetivos previamente fijados y establecidos por la taxonomía NOC. Es un proyecto para identificar, validar y clasificar dichas intervenciones siempre en concordancia con el diagnóstico NANDA⁴. De este modo, de las tres taxónomas es la que enfermería realiza para alcanzar los resultados esperados. Es aquella que tiene una acción más práctica y material, en comparación con el resto de taxonomías.

En relación con el análisis más detallado de la taxonomía NANDA, el ítem que más difícil resultó para el alumnado fue identificar el factor relacionado adecuado. Un estudio reciente realizado en la Universidad de Barcelona sobre la utilización de las taxonomías enfermeras, analizó planes de cuidados elaborados por el alumnado de enfermería para identificar los errores y barreras en el empleo de las mismas. Los resultados ponen de manifiesto una dificultad del alumnado para establecer los factores relacionados de los diagnósticos enfermeros empleados¹⁰. Estos resultados son consistentes con los hallazgos del presente trabajo.

En relación con la taxonomía NOC, el ítem en el que el alumnado expresa mayor dificultad, es calcular el tiempo estimado para la obtención de los resultados esperados. Este resultado puede deberse a que el alumnado no ha realizado ningún periodo de prácticas clínicas cuando cursa la asignatura Historia, teorías y método de la enfermería II. Al no haber tenido contacto con la práctica asistencial, los NOC e indicadores se plantean desde una perspectiva teórica y es difícil estimar el tiempo esperable y establecer un límite temporal para evaluar los resultados.

Por otro lado, el ítem que identificaron más fácil fue el empleo de la escala Likert. Este tipo de escala está ampliamente empleada y aceptada. Es una herramienta muy útil para la medición cuantitativa de actitudes y percepciones¹¹. Los ítems, en este caso los indicadores, son presentados en forma de un continuo de acuerdo-desacuerdo en la que se establece el grado de idoneidad con la situación actual y esperada del receptor/a de los cuidados.

En lo relativo a la taxonomía NIC, los resultados de las percepciones del grado de dificultad de la población de estudios son más homogéneos. El ítem identificado con dificultad más accesible es seleccionar las actividades más eficaces. Este dato podría explicarse con el hecho de que el alumnado cursa de forma simultánea al aprendizaje de las taxonomías, asignaturas de carácter clínico que le proporcionan los conocimientos y competencias para identificar las actividades apropiadas.

En conclusión, los resultados indican que el alumnado de segundo de grado del Centro de Enfermería de Cruz Roja no identifica graves dificultades en el aprendizaje de las taxonomías enfermeras, siendo la NANDA la percibida con mayor dificultad.

A modo de recomendaciones para la práctica y según los hallazgos del presente trabajo se establece:

Dedicar más atención y tiempo al aprendizaje de NANDA, modificando la temporalización de los proyectos docentes dado que es la taxonomía percibida con más dificultad.

Profundizar en la competencia procedimental de formulación de diagnósticos enfermeros, especialmente en los factores relacionados con actividades de trabajo autónomo o en pequeños grupos.

Emplear un enfoque práctico con metodologías docentes de aplicación clínica como el estudio de casos o aprendizaje basado en problemas.

Abordaje transversal para compensar las carencias formativas en el momento del aprendizaje y favorecer la interiorización de las taxonomías como estructura de práctica profesional.

BIBLIOGRAFÍA

Díaz Piraquive F N, Joyanes Aguilar L, Medina García V H. Taxonomía, ontología y folksonomía, ¿Qué son y qué beneficios u oportunidades presentan para los usuarios de la web?. Revista Universidad y Empresa. 2009; 8 (16): 242-261.

NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier; 2012.

Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

6. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

Téllez Ortiz S E, García Flores M. Modelos de cuidados em Enfermería. NANDA, NIC y NOC. México DF: Mc Graw-Hill Interamericana; 2012.

Bernués L, Peya M. Libro Blanco Título de Grado de Enfermería. [Internet]. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación; 2004 [acceso el 7 marzo 2014]. Disponible en http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf.

Fernández Ferrín C. Enfermería Fundamental. Barcelona: Masson Salvat; 1995.

Benavent Garcés M A, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de enfermería. Valencia: DAE; 2009.

Berman A, Erb G, Kozier B, Zinder S. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, Proceso y práctica. Pearson. Madrid, 2008.

Urbano Moyano, M; Guerra Barrero, Belén; Bardaji Fandos T; Masó Serra, M. Taxonomia NANDA en la formación de estudiantes de enfermería. Madrid 2010. Dipòsit Digital UB. Colecció OMADO. Mayo 2013. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/browse?type=author>

Blanco N, Alvarado M E. Escala de actitud hacia el proceso de investigación científico social. Revista de Ciencias Sociales. 2005; 11 (3): 537-544.

INFORMATIZACIÓN DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS: MAYOR ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS CONCEPTUALES Y MEJOR GESTIÓN DEL TIEMPO

AUTOR/ES

Lourdes Díaz-Rodríguez¹, Noelia Galiano-Castillo², Elena Caro-Morán³, Irene Cantarero-Villanueva⁴, Carolina Fernández-Lao⁴, Manuel Arroyo-Morales.⁵

¹Profesora Contratado Doctor. Departamento Enfermería. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Granada.

²Becaria FPU Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Departamento Fisioterapia. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Granada.

³Doctoranda del Departamento Fisioterapia. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Granada.

⁴Profesora Sustituta Interina. Departamento Fisioterapia. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Granada.

⁵Profesor Titular de Universidad. Departamento Fisioterapia. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Granada.

INTRODUCCIÓN

Cada disciplina para crear su conocimiento requiere de la aplicación del método científico en su propio campo. Enfermería ha desarrollado un método sistemático y organizado para prestar cuidados eficaces, eficientes y personalizados dando respuesta a cualquier problema de salud real o potencial que lo llamamos "Proceso de atención de Enfermería" (PAE), el cual, permite al enfermero prestar cuidados continuados de un modo racional, lógico y sistemático (Reyes E, 2009). A la hora de aplicar este método para elaborar planes de cuidados, debemos destacar la importancia que ha tenido el desarrollo de la estandarización del lenguaje enfermero a nivel mundial, al crearse los sistemas de clasificación codificados de los diagnósticos de enfermería (NANDA), las intervenciones (NIC) y los resultados esperados (NOC) (Kozier y Erb, 2008).

Internacionalmente se ha reconocido la gran utilidad que ha tenido la implantación de la gestión informatizada de los cuidados enfermeros (Thoroddsen, [Ehnfors](#) y [Ehrenberg](#), 2011). Estos sistemas, han supuesto una mejora en la calidad y en la continuidad de los cuidados, así como, en la seguridad de los pacientes ([Häyrynen](#), [Lammintakanen](#) y [Saranto](#), 2010). Se han desarrollado diferentes programas informáticos que permiten a los profesionales de Enfermería, ser agentes activos y partícipes, no solo en la generación del conocimiento propio de la disciplina, sino en la gestión del mismo. Existen a nivel mundial diferentes programas

específicos de Enfermería como por ejemplo el programa HANDS (Hands on automated nursing data system) (Keenan G y col, 2003), o el programa GACELA a nivel nacional o AZAHAR a nivel regional (Medina-Valverde y cols, 2012). Todos ellos aplican el lenguaje estandarizado enfermero a través de las nuevas tecnologías informáticas y de la computación (TICs).

En el sistema sanitario público andaluz (SSPA) se está estandarizando el uso del módulo de gestión de cuidados de Enfermería (DAE) que trabaja con el lenguaje NANDA, NIC y NOC dentro del programa informático DIRAYA como soporte de la información de la atención sanitaria (Especializada, Primaria, Terciaria). Uno de los problemas que refieren los enfermeros en la práctica clínica es la falta de tiempo para completar los planes de cuidados en este tipo de aplicaciones(Protti D).

Por ello, creemos que si el alumno de Enfermería durante su periodo formativo, consigue aplicar el PAE utilizando las nuevas tecnologías de la información y la computación (TICs) priorizando los problemas más relevantes de los pacientes, estará capacitado para proporcionar y garantizar el bienestar, la calidad y la seguridad de los pacientes atendidos(Grado de Enfermería verificado por la ANECA).

OBJETIVOS

El objetivo principal de nuestro estudio ha sido determinar si los alumnos de primer curso de Grado de Enfermería adquieren mayores competencias conceptuales y procedimentales resolviendo casos clínicos mediante el uso de una aplicación informática frente al uso del método tradicional (material impreso). Los objetivos secundarios han sido evaluar la calidad y la satisfacción de los alumnos con la docencia recibida sobre el método enfermero.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio experimental controlado aleatorizado por bloques y enmascaramiento simple. Los participantes, se incluyeron o bien en el grupo control, cuya herramienta de trabajo fueron los manuales impresos de las clasificaciones NANDA, NIC, NOC, o bien, en el grupo experimental, que utilizaron la aplicación informática y el recurso online de Elsevier NANDA, NIC, NOC. Se reclutaron un total de 192 alumnos voluntarios matriculados en la asignatura de Proceso de Enfermería y Cuidados Básicos, de los cuales, 187 terminaron el programa completo (Grupo Control (GC)=85, Grupo Experimental (GE) =102), 144 mujeres y 43 hombres, de edad media 20.78 ± 5.43 . El estudio se realizó durante un periodo de 5 semanas en el segundo semestre del curso académico 2012-2013. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado para la confidencialidad y el anonimato de los datos. Para valorar la adquisición de los conocimientos prácticos se realizó un caso clínico con tres apartados: valoración, diagnóstico y planificación y para la valoración de los conocimientos teóricos se realizó una prueba objetiva de respuesta múltiple de 25 preguntas. Ambas variables se tomaron

antes y después de comenzar las cinco prácticas de Proceso de Atención de Enfermería. Para evaluar la satisfacción del alumno se elaboró un cuestionario al finalizar las prácticas de 25 preguntas con una escala liekertdel 1 al 5 (1=Totalmente en desacuerdo, 5=Totalmente de acuerdo).Para el análisis estadístico se ha utilizado el programa SPSS versión 20.0. (SPSS Inc, Chicago, IL). Se aplicó el test de distribución normal y posteriormente el test de muestras apareadas y Chi cuadrado para las diferentes variables en función de su naturaleza. Los resultados de las variables se han expresado en proporciones para las variables categóricas y como medias $\pm$ desviación típica para las variables cuantitativas continuas, con un intervalo de confianza del 95%. Para dar respuesta a la hipótesis principal del estudio, se ha realizado una prueba no paramétrica, test de Wilcoxon para las variables de tendencia no normal y el test *t* Student para las variables de tendencia normal, aceptándose como nivel de significación estadística $p < 0.05$.

RESULTADOS

La muestra resultó ser homogénea al no encontrarse diferencias significativas en la edad y el género (Tabla 1).

Tabla 1.Descripción del género y la edad en ambos grupos

Variables	Grupo control (n=85)	Grupo experimental (n=102)	Valor de p
*GÉNERO			
Mujeres %	75.3	78.4	0.67
Hombres %	24.7	21.6	
**EDAD	20.8 $\pm$ 5.4	20.0 $\pm$ 3.1	0.23

Se realizó el test de χ^2 *y la *t* de Student** para hacer la comparación entre los grupos

Las puntuaciones basales en los conocimientos teóricos fueron diferentes en ambos grupos ($p < 0.000$). En cuanto a la adquisición de las competencias conceptuales, hubo diferencias significativas entre el grupo control y el experimental teniendo en cuenta las puntuaciones basales de cada grupo ($p < 0.000$) (Tabla 2).

En la evaluación de las competencias procedimentales, no hubo diferencias significativas en las calificaciones finales al resolver los casos clínicos entre ambos grupos ($p = 0.15$). Sin embargo, el tiempo (minutos) que tardaron en resolver el caso clínico fue menor en el grupo experimental (GE= 53.12 $\pm$ 12.00; GC= 86.28 $\pm$ 12.53) así como, el número de horas de trabajo autónomo realizado fuera de las aulas (GE: 4.62 $\pm$ 3.59; GC: 7.26 $\pm$ 4.96;) ($p < 0.000$)(Tabla 2).

Tabla 2.- Diferencias en las puntuaciones de las variables dependientes

Variables		Grupo Control	Grupo Experimental	P
				0.000*
¹ Conocimientos pre		17.03±1.79 [13-21]	12.64±2.51 [6-21]	
Conocimientos post		20.31±2.79 [8-24]	19.64±2.86 [10-24]	
				0.000*
² Calificaciones				
Resolución	caso	9.38±1.22 [1-10]	9.59±0.83 [6-10]	
Práctico				
² Tiempo	resolver	86.28±12.53 [60-115]	53.12±12.00 [30-104]	0.000*
caso clínico				
² Horas de trabajo		7.26±4.96 [0-24]	4.62±3.59 [0-16]	0.000*
autónomo				

Se realizó el test no paramétrico de Wilcoxon¹ y el test de la *t* de Student²

*P<0.005

No hubo diferencias significativas en ninguno de los ítems del cuestionario de satisfacción de los alumnos, siendo las puntuaciones superiores a 4 en las preguntas afirmativas. Sin embargo, las dos preguntas sobre la dificultad de la materia (la materia es muy compleja y la aplicación del PAE es muy difícil) las puntuaciones fueron inferiores (GC: 2.79; GE: 2.73).

CONCLUSIONES

El uso de las TICs para aprender a aplicar el Proceso de Atención de Enfermería es de gran utilidad en los alumnos del primer curso de grado de Enfermería, ya que mejora la adquisición de las competencias conceptuales y requiere de un menor número de horas, tanto para el trabajo autónomo desarrollado fuera de las aulas, como para resolver un caso clínico práctico.

BIBLIOGRAFÍA

Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). Libro blanco del grado de Enfermería. [Acceso el 12 Septiembre de 2011]. Disponible en: http://www.aneca.es/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf

García M, Martín F. El impacto de la historia clínica electrónica en la investigación y la docencia. Informes SEIS - De la historia Clínica a la Historia de Salud Electrónica. pp 247-277 / SEIS / 2003.

Häyrynen K, Lammintakanen J, Saranto K. Evaluation of electronic nursing documentation--nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. *Int J Med Inform.* 2010 Aug; 79(8): 554-64.

Keenan GM1, Stocker JR, Geo-Thomas AT, Soparkar N, Barkauskas V, Lee JL. The HANDS project: studying and refining the automated collection of a cross-setting clinical data set. *Comput Inform Nurs.* 2002; 20(3): 89-100.

Kozier B, Erb G. Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica. 8ª ed. Madrid: Pearson Prentice Hall, 2008.

Medina-Valverde MJ, Rodríguez-Borrego MA, Luque-Alcaraz O, De la Torre-Barberoa MJ, Parra-Pereac J, Moros-Molinad MP. Estudio evaluativo sobre una herramienta informática de gestión enfermera en el periodo 2005-2010. *Enferm Clin.* 2012; 22(1): 3-10

Protti D. Moving toward a single comprehensive electronic health record for every citizen in Andalusia, Spain

Reyes Gómez E (2009). Fundamentos de Enfermería. Ciencia, metodología y tecnología. México: Manual Moderno.

Thoroddsen A, Ehnfors M, Ehrenberg A. Content and completeness of careplans after implementation of standardized nursing terminologies and computerized records. *Comput Inform Nurs.* 2011 Oct; 29(10): 599-607.

DESCRIPCIÓN E INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO INSOMNIO EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

AUTOR/ES

Paula Zurrón-Madera, Raquel Junquera-Fernández, M^a Almudena Pousada-González, Irene Mera-Prieto, María Paz García Portilla-González.

PALABRAS CLAVE

Insomnio, funcionalidad, trastorno mental grave

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del sueño constituyen un grupo muy numeroso y heterogéneo de procesos. Hay muchísimas enfermedades que cursan con algún trastorno del sueño como uno más de sus síntomas. La comorbilidad entre las alteraciones del sueño y las enfermedades mentales es muy alta, el 40-70% de los pacientes con insomnio tienen un trastorno mental coexistente y entre el 20-80% de los pacientes con trastornos mentales dependiendo del diagnóstico, presenta quejas de insomnio¹, provocando en la persona un trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora su funcionamiento y su calidad de vida.

Por ello, las clasificaciones internacionales de enfermedades como la CIE-10² (Clasificación Internacional de Enfermedades de los Trastornos Mentales y del Comportamiento) han clasificado los trastornos del sueño como enfermedades propias con síntomas propios, que tal como se describe en el presente trabajo son superponibles al diagnóstico de Insomnio según la NANDA³ mediante sus características definitorias.

OBJETIVOS

- Describir las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra en conjunto y en función del diagnóstico insomnio en una muestra de pacientes con trastorno mental grave.
- Determinar la influencia del insomnio en el nivel de funcionalidad en los pacientes con trastorno mental grave
- Comparar el diagnóstico de enfermería insomnio según criterios de la NANDA vs insomnio según criterios diagnósticos de la CIE-10.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias y por la Comisión de Investigación del Hospital Universitario Central de Asturias.

Diseño: Estudio descriptivo de corte transversal.

Población y muestra: El estudio se realizó con una muestra total de 90 pacientes (Esquizofrenia =61/Trastorno Bipolar=29). Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno bipolar según criterios de la CIE-10, edad 18-65 años ambos inclusive, pacientes a seguimiento ambulatorio por su centro de salud mental, consentimiento informado firmado. Criterios de exclusión: no aceptar participar en el estudio.

Evaluación: Para su realización se administró un cuestionario ad hoc de variables sociodemográficas y clínicas así como las escalas de Impresión Clínica Global para esquizofrenia y trastorno bipolar. Con el fin de evaluar la funcionalidad en ambos grupos se utilizó la Escala de Funcionamiento Personal y Social para esquizofrenia (PSP)^{4,5} y la prueba breve de Evaluación del Funcionamiento para t. bipolar (FAST)⁴. Para comparar el diagnóstico insomnio según la NANDA vs CIE-10 se utilizó el Manual de Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificaciones 2012-2014³ y la Clasificación Internacional de Enfermedades de los Trastornos Mentales y del Comportamiento en su décima edición (CIE-10)². Para la evaluación de algunas de las características definitorias según la NANDA se utilizaron algunos de los ítems del Cuestionario de Oviedo de Calidad del Sueño (COS)^{4, 6}, del Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud⁴ y de la Escala de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-BREF)⁴ por presentar similitudes conceptuales con las características definitorias de la NANDA (véase Tabla 1).

Tabla 1. Similitudes conceptuales entre las C.D de la NANDA y los ítems de las escalas COS, WHOQOL-BREF y SF-36

NANDA	COS, WHOQOL-BREF, SF-36
1.Expresa dificultad para conciliar el sueño	*COS-21.Conciliar el sueño
2.Expresa dificultad para permanecer dormido	*COS-22.Dificultad para permanecer dormido
3. Expresa insatisfacción con el sueño (habitual)	*COS-1. ¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?
4. Expresa tener sueño no reparador	*COS-23.Lograr sueño reparador
5. Expresa tener trastornos del sueño que tienen consecuencias al día siguiente	*COS-7. ¿Cuantos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento sociolaboral por no haber dormido bien la noche anterior?
6. Expresa despertarse demasiado temprano	*COS-5. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual?
7. Expresa tener disminución de su calidad de vida	*WHOQOL-BREF-1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?
8. Expresa dificultad para concentrarse	*WHOQOL-BREF-7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?

9. Expresa tener disminución de su estado de salud	*SF-36(2). ¿Cómo diría que es su estado de salud actual comparada con la de hace un año?
10. Expresa falta de energía	*SF-36(9e).Tuvo mucha energía

*COS (Cuestionario de Oviedo de Calidad del sueño)

*WHOQOL-BREF (Escala de Calidad de vida de la OMS)

*SF-36(Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud)

Análisis de datos: Los datos fueron analizados utilizando el paquete estadístico SPSS versión 15.0 para Windows. En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas (media, desviación típica, mínimo y máximo para las variables cuantitativas y porcentajes para las variables cualitativas). Posteriormente se utilizaron los estadísticos de chi-cuadrado para la comparación de porcentajes, T-student para la comparación de medias y la prueba z para la comparación de proporciones.

Limitaciones: Dentro de las limitaciones y sesgos del estudio se debe tener en cuenta el llamado "efecto Hawthorne" o respuesta inducida por el conocimiento de los participantes de que están siendo estudiados. En el presente estudio se puede pensar que este efecto determinará posibles respuestas en la línea de lo que ellos creen que es esperable o correcto. Otra de las limitaciones a tener en cuenta es que no se han seleccionado todas las características definitorias del diagnóstico insomnio de la NANDA por no encontrar ítems de escalas validadas que permitieran evaluar la característica definitoria de manera objetiva.

RESULTADOS

Resultados primer objetivo

La edad media de la muestra fue de 42,42(12,5) años, representando los varones el 53,3%. En cuanto a la gravedad de la enfermedad la media obtenida fue de 3,9(1,15), es decir, estar moderadamente enfermo, con una media de 11,73(10,60) años de evolución de la enfermedad. El 28,9% de la muestra estaba casada y se encontraban en situación de inactividad laboral el 75,6%. Presentando insomnio categorial según la CIE-10 el 25,6% de la muestra total (Esquizofrenia =82,6%; Trastorno Bipolar=17,4%; ($\chi^2=3,112$, $p=0,120$).

Al comparar las mismas variables en función de la presencia o ausencia del insomnio categorial según criterios de la CIE-10, se puede concluir que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad entre los pacientes con insomnio categorial y los pacientes sin insomnio categorial 45,61(12,2) vs 41,33(12,4) ($t=1,429$, $p=0,157$), representado los varones el 47,8% de la muestra con insomnio categorial frente al 55,2% de la muestra sin insomnio categorial ($\chi^2=0,376$, $p=0,631$). En cuanto a la gravedad de la enfermedad la media obtenida en el grupo con insomnio categorial fue de 4,17(0,7) frente a 3,93(1,2) en el grupo sin

insomnio categorial, es decir, ambos grupos estaban moderadamente enfermos ($t=0,896$, $p=0,373$), con una media de 14,04(11,81) años de evolución del enfermedad para el grupo con insomnio categorial frente a 10,94(10,12) años para el grupo sin insomnio categorial ($t=1,215$, $p=0,228$). El 30,4% de la muestra con insomnio categorial estaba casado frente al 28,4% de la muestra sin insomnio categorial ($\chi^2=0,036$, $p=1,000$). Finalmente para la única variable que se obtuvieron resultados estadísticamente significativos fue para la variable actividad laboral, existiendo mayor número de inactivos laboralmente entre los pacientes con insomnio categorial frente a los pacientes sin insomnio categorial (91,3% vs70,1%); ($\chi^2=4,149$, $p=0,050$).

Resultados segundo objetivo

Cuando se compara el nivel de funcionalidad en función de la presencia o ausencia de insomnio categorial no se encuentran diferencias estadísticamente significativas con ninguna de las escalas administradas, PSP para esquizofrenia, FAST para el trastorno bipolar (véase Tabla 2). Sin embargo, la media de la funcionalidad medida con la PSP para pacientes con esquizofrenia es inferior en pacientes con insomnio categorial frente a los pacientes sin insomnio categorial (54,32(15,2) vs 55,38(16,9)). Asimismo, la media de la funcionalidad medida con la FAST para pacientes con trastorno bipolar es superior en los pacientes con insomnio categorial frente a los pacientes sin insomnio categorial.

Tabla 2. Impacto del insomnio en la funcionalidad

Variables	Insomnio Si	InsomnioNo	Estadísticos	
			T-Student	P
*PSP [Media,(D.E.)]	54,32(15,2)	55,38(16,9)	-0,234	0,816
*FAST [Media,(D.E.)]	30,0(12,9)	22,64(15,3)	0,907	0,373

*PSP (para Esquizofrenia)

*FAST (para Trastorno Bipolar)

Resultados tercer objetivo

Al comparar las características definitorias del diagnóstico insomnio según la NANDA con el diagnóstico insomnio según criterios de la CIE-10 se obtiene que el 91,30% de los pacientes diagnosticados de insomnio según la CIE-10 presentan la característica definitoria "Expresa tener trastornos del sueño que tienen consecuencias al día siguiente".

En la Tabla 3 se muestran las características definitorias según la NANDA del diagnóstico insomnio y el porcentaje de la muestra con y sin insomnio según la CIE-10 que cumplen cada una de ellas. La característica definitoria de la NANDA que mejor diferencia a los pacientes con insomnio categorial frente a los pacientes sin insomnio categorial es la número 5. Expresa tener trastornos del sueño que tienen consecuencias al día siguiente (91,30% vs 7,5%, $z= 7,65$; $p=$

<0,01). Por el contrario, las características definitorias de la NANDA que peor discriminan entre pacientes con insomnio categorial frente a pacientes sin insomnio categorial son la número 6. Expresa despertarse demasiado temprano; 9. Expresa tener disminución de su estado de salud; 10. Expresa falta de energía.

De manera, que se podría decir que la característica definitoria de mayor relevancia para el diagnóstico es la número 5 frente a las 6,9 y 10 que carecerían de relevancia para el diagnóstico insomnio según la NANDA.

Tabla 3. Prevalencia de las Características Definitorias del insomnio según la NANDA en función del diagnóstico insomnio de la CIE-10

Características definitorias NANDA	Muestra total	Insomnio SI	C. Insomnio No	Estadísticos	
				Z	p
1.Expresa dificultad para conciliar el sueño	23,4	60,8	10,5	4,93	<0,0001
2.Expresa dificultad para permanecer dormido	24,5	56,4	13,5	4,15	<0,0001
3. Expresa insatisfacción con el sueño (habitual)	26,6	65,2	13,5	4,85	<0,0001
4. Expresa tener sueño no reparador	32,2	78,2	16,5	5,48	<0,0001
5. Expresa tener trastornos del sueño que tienen consecuencias al día siguiente	28,9	91,3	7,5	7,65	<0,0001
6. Expresa despertarse demasiado temprano	41,1	47,8	38,8	0,76	0,447
7. Expresa tener disminución de su calidad de vida	25,6	43,5	19,4	2,28	0,026
8. Expresa dificultad para concentrarse	50	78,3	40,3	3,14	0,001
9. Expresa tener disminución de su estado de salud	28,9	43,5	23,9	1,79	0,073
10. Expresa falta de energía	72,2	60,8	76,2	-1,41	0,158

CONCLUSIONES

Uno de cada 4 pacientes con trastorno mental grave, a pesar de estar en tratamiento, presenta insomnio categorial según la CIE-10. Cuando se separa por diagnósticos observamos que 8 de cada 10 pacientes con esquizofrenia presenta insomnio frente a tan sólo 2 de cada 10 pacientes con trastorno bipolar.

La presencia de insomnio se asoció únicamente a la presencia de inactividad laboral, sin que produjera impacto en el nivel funcional de los pacientes.

Las características definitorias de la NANDA son superponibles a los criterios diagnósticos de la CIE-10, siendo el criterio "5.Expresa tener trastornos del sueño que tienen consecuencias al día siguiente" el de mayor relevancia para dar lugar al diagnóstico, y los criterios. 6. Expresa

despertarse demasiado temprano; 9. Expresa tener disminución de su estado de salud; 10. Expresa falta de energía” los de menor relevancia para el diagnóstico insomnio según la NANDA.

BIBLIOGRAFÍA

Winkelman JW. Emerging GABAergic targets for insomnia. Ponencia presentada en el APA 157th Annual Meeting, New York, 2004.

Organización Mundial De la Salud. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: OMS; 1992.

Heather T, Heath C, Lunney M, Scroggins L, Vassallo B. NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.

García-Portilla M.P, Bascarán M.T, Sáiz P.A, Parellado M, Bousoño M, Bobes J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica: 6ª ed. Madrid: CYESAN; 2011.

García-Portilla MP, Saiz PA, Bousoño M, Bascaran MT, Guzman-Quilo C, Bobes J. Validation of the Spanish Personal and Social Performance scale (PSP) in outpatients with stable and unstable Schizophrenia. Rev Psiquiatr Salud Mental 2011; 4: 9-18.

Bobes J, González MP, Sáiz PA, Bascarán MT, Iglesias C, Fernández JM. Propiedades psicométricas del Cuestionario Oviedo de sueño. Psicothema 2000; 12: 107-112.

Morin CM, Ware JC. Sleep and psychopathology. Appl Prevent Psychol 1996; 5: 211-224.

VALIDEZ DE CONTENIDO Y REPRESENTATIVIDAD DE UNA HERRAMIENTA BASADA EN LA NOC: CONOCIDIET-DIABETES

AUTOR/ES

Ángel Martín-García, Pedro Ruymán Brito-Brito, José Manuel Romero-Sánchez, Olga Paloma-Castro, Juan Carlos Paramio-Cuevas, Cristina Oter-Quintana.

PALABRAS CLAVE

Estudios de validación, Cuestionarios, Diabetes mellitus, Dieta para diabéticos, Investigación metodológica en enfermería, Enfermería de atención primaria.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM), con más de 366 millones de pacientes, es una de las enfermedades crónicas más extendidas a nivel mundial (1). En España, los datos del estudio di@bet.es sitúan su prevalencia próxima al 14% en la población general, representando la DM tipo 2 el 90% de los casos. Los crecientes índices de obesidad y sedentarismo explicarían el previsible aumento de población afectada en próximos años (2).

Junto al tratamiento farmacológico y el ejercicio físico, la dieta es el tercer pilar terapéutico de la diabetes. El seguimiento de un régimen dietético adecuado produce un descenso de niveles glucémicos en sangre de 1-2 puntos porcentuales de hemoglobina glicosilada (3), extendiéndose los beneficios de su cumplimiento durante todo el proceso de enfermedad (4). A pesar de ello, muchos pacientes crónicos no adoptan las recomendaciones dietéticas (5). Si bien se sabe que las variables sociodemográficas y clínicas no pueden predecir el nivel de seguimiento del régimen terapéutico prescrito (6, 7), las deficiencias de conocimiento parecen constituir una de las principales barreras para su cumplimiento (8). Las enfermeras de Atención Primaria participan activamente en la atención a los pacientes con diabetes promocionando su autocuidado (9) y responsabilizándolos de las elecciones y acciones que afectarán al éxito en la atención a la enfermedad (10). Estas medidas se consideran de gran impacto para reducir las posibles complicaciones asociadas a la diabetes. (11).

En la última década se ha producido una notable incorporación de los lenguajes estandarizados de cuidados a la práctica profesional en nuestro país. Específicamente, en el contexto de Atención Primaria, la clasificación de diagnósticos enfermeros (NANDA), la de resultados enfermeros (NOC) y la de intervenciones (NIC) se han introducido en los diferentes registros informáticos clínicos. Su uso incrementa la calidad de la información recogida de los pacientes, la identificación de los diagnósticos más comunes en unidades clínicas similares y la coherencia entre los diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras (12), habiéndose comprobado su utilidad y eficiencia en el área específica de atención al paciente diabético (13).

La clasificación NOC ha sido diseñada conceptualmente como herramienta para la medida de la eficacia de las intervenciones enfermeras en el marco de normalización, a nivel internacional, de los lenguajes estandarizados de cuidados (14). Esto es fundamental para trabajar eficazmente, mejorar la calidad de la atención y reducir costes (15). Se sugieren nuevos estudios que permitan mejorar la aplicación de la NOC en la práctica clínica (6, 16) identificándose la necesidad de investigar sobre el significado de las puntuaciones de los indicadores. Como complemento al empleo de las escalas NOC para la medición de resultados, se ha propuesto el uso de otros cuestionarios, test, índices y/o escalas ya validados previamente (17), así como la construcción de nuevas herramientas de medición, a partir de los indicadores de resultados de aquellas etiquetas NOC que más se utilicen en los diferentes ámbitos asistenciales (18, 19).

Para la etiqueta de resultado de interés en nuestro estudio, *Conocimiento: dieta prescrita*, no existe ninguna escala válida y fiable que pueda ser utilizada como herramienta para la medida del nivel de conocimientos del paciente diabético acerca de la dieta. Se ha señalado el interés para la práctica clínica de esta etiqueta de resultado, priorizando incluso entre sus indicadores aquellos que son de mayor relevancia y enunciando la pertinencia de incluir nuevos indicadores (20). La propuesta realizada por la NOC es considerar la autopuntuación del paciente comparada con la puntuación de la enfermera para este resultado, lo cual podría resultar insuficiente para evaluar, a posteriori, la eficacia de las intervenciones educativas realizadas por la enfermera en Atención Primaria.

El cuestionario CoNOCidiet-Diabetes, basado en el NOC 1802 *Conocimiento: dieta prescrita*, pretende ser una herramienta válida para la valoración inicial y post-intervención del conocimiento dietético en pacientes diabéticos. Tras el diseño de su versión preliminar, para establecer su validez, es necesario comenzar con la validación de su contenido y representatividad respecto al resultado NOC en el que se basa.

OBJETIVO

Evaluar la validez de contenido y la representatividad de la versión preliminar del CoNOCidiet-Diabetes.

MÉTODO

El cuestionario evaluado se basa en el resultado *Conocimiento: dieta prescrita* (1802) de la NOC (14) que se define como "Grado de la comprensión transmitida sobre la dieta recomendada". Se desarrolló una versión preliminar del cuestionario generando una serie de ítems y un sistema equivalente de puntuación a los indicadores y al sistema de medida que utiliza el resultado NOC anterior. Tomando como fundamento la evidencia disponible, la temática de cada indicador fue recogida en 4 afirmaciones de verdadero/falso, bajo la premisa de que los enunciados

generados fueran representativos del contenido semántico del indicador. Se alternaron los enunciados verdaderos y falsos para evitar la aquiescencia. La escala Likert fue igualmente adaptada de forma que los aciertos en las respuestas a cada ítem mantuvieran linealidad con este sistema de medida, de forma que ningún acierto correspondería con un 1 punto en el indicador, 1 acierto con 2 puntos, 2 aciertos con 3 puntos, 3 aciertos con 4 puntos y 4 aciertos con 5 puntos. De esta manera se pretendió mantener una linealidad entre el contenido del cuestionario y su sistema de puntuación con el resultado NOC en el que se basa. Para evaluar la validez de contenido y de representatividad del cuestionario se constituyó un panel de expertos de entre 8 y 12 miembros (21). Se tuvieron en cuenta para la consideración de experto criterios de formación y experiencia asistencial (22) estableciéndose los siguientes criterios de inclusión: a) Formación reglada en diabetología; b) Experiencia asistencial, investigadora o docente mínima de 5 años en cuidados a personas con diabetes. Los expertos debían cumplir al menos uno de ellos para ser considerados como tales. Los expertos evaluaron cada uno de los ítems en base a las siguientes dimensiones: relevancia de cada ítem para evaluar el constructo y para representar el indicador al que representan. Para ello se construyó una hoja de recogida de datos con todos los ítems generados en el proceso anteriormente descrito que fue editada en una aplicación web con acceso a través de cualquier navegador mediante la herramienta SurveyMonkey®. A cada ítem se les asignó 2 escalas Likert de 4 puntos para que los expertos evaluaran las dimensiones anteriores, donde 1 significaba "ninguna relevancia/representatividad" y 4 "relevancia/representatividad alta". El enlace a la aplicación se realizó a través de un hipervínculo que se envió por correo electrónico a los expertos seleccionados. Una vez recogidas las opiniones se calculó el índice de validez de contenido (IVC) (21) de cada ítem para evaluar el constructo dividiendo el número de evaluaciones de los expertos en 3 o 4 puntos divididos por el número total de evaluaciones de cada ítem realizadas. De manera análoga se calculó el índice de representatividad (IR) del ítem a su respectivo indicador. El IVC e IR global de la versión preliminar del cuestionario fue calculado como la media aritmética de los índices de todos los ítems. Se consideraron buenos valores de relevancia/representatividad del ítem aquellos IVC e IR superiores o iguales a 0.78 (21).

RESULTADOS

El número total de expertos participantes fue de 17. Éstos validaron en contenido 72 de los 88 ítems que componen el cuestionario (81,8%), que alcanzó un IVC global de 0,862. La representatividad de 63 de los ítems (71,6%) fue validada para sus respectivos indicadores, siendo el IR global de 0,870. En la Tabla 1 se muestran los IVC y los IR para cada ítem.

Indicador/Ítems	IVC	IR
"Dieta prescrita" (180201).		

En la dieta para el control de la diabetes se deben evitar los hidratos de carbono (arroz, pasta, patatas, legumbres, pan...) (F)	0,88	1,00
En la dieta para el control de la diabetes es fundamental evitar totalmente el consumo de grasa (aceite, mantequilla...) (F)	0,82	0,88
Debo tomar diariamente alimentos ricos en fibra (pan integral, fruta con piel, verduras...) (V)	1,00	0,94
Debo limitar el consumo de azúcares simples (azúcar, dulces...) (V)	1,00	1,00
"Beneficios de la dieta" (180202).		
Si sigo una dieta sana, mi cuerpo es capaz de defenderse mejor de las enfermedades (V)	0,82	0,76
Si sigo una dieta sana, es probable que tenga que tomar menos medicamentos (V)	0,94	0,76
Si sigo una dieta sana tendré menos riesgo de padecer cáncer y enfermedades cardiovasculares (V)	0,94	0,88
Si sigo una dieta sana tendré mejor calidad de vida (V)	1,00	1,00
"Beneficios de la dieta prescrita" (180203).		
Siguiendo la dieta recomendada para la diabetes puedo prevenir problemas en la circulación (infarto, angina de pecho, derrame cerebral...) (V)	1,00	1,00
Siguiendo la dieta recomendada para la diabetes puedo prevenir infecciones y problemas en la cicatrización de las heridas (V)	0,94	0,88
Siguiendo la dieta recomendada para la diabetes puedo prevenir problemas en la vista (V)	1,00	1,00
Siguiendo la dieta recomendada para la diabetes puedo evitar subidas y bajadas bruscas de azúcar (V)	1,00	1,00
"Objetivo para la dieta" (180204).		
Uno de los objetivos principales de la dieta es controlar mi peso (V)	0,88	0,94
Uno de los objetivos principales de la dieta es mantener unos niveles adecuados de azúcar en mi sangre (V)	0,82	0,94
Una dieta adecuada me ayuda a mantener el nivel de colesterol (V)	1,00	0,88
La dieta no influye en las cifras de mi tensión arterial (F)	1,00	0,88
"Relaciones entre dieta, ejercicio y peso corporal" (180205).		
Para controlar mi peso debo mantener un equilibrio entre las calorías que como y las que gasto (V)	0,94	1,00
Para adelgazar es mejor correr media hora que andar una hora (F)	0,88	0,65
Para hacer ejercicio debo llevar encima algún alimento azucarado (V)	1,00	0,94
Con exceso de peso no debo hacer ejercicio físico (F)	0,71	0,71
"Alimentos permitidos en la dieta" (180206).		
Puedo tomar sin límite verduras de hoja verde (lechuga, espinacas, acelgas...) (V)	0,94	0,94
Es recomendable que consuma pescado azul por su alto contenido en grasas beneficiosas para la salud (V)	1,00	1,00
Las legumbres (garbanzos, lentejas, alubias...) son alimentos que aportan fibra a mi dieta (V)	0,94	1,00
Es recomendable que consuma yogures y otros derivados de la leche desnatados y no azucarados (V)	0,94	0,88
"Alimentos que deben evitarse" (180207).		
Puedo comer frutas en almíbar sin ninguna restricción (F)	0,88	1,00
Puedo tomar miel sin límites (F)	0,88	0,88
Puedo tomar guisantes en cantidades abundantes (F)	0,71	0,88
Debo moderar el consumo de plátanos, higos, uvas y chirimoya por su alto contenido en azúcares (V)	0,88	0,94
"Interpretación de la información nutricional de las etiquetas de los alimentos" (180208).		
Cuando en una etiqueta de un alimento leo "apto para diabéticos" significa que lo puedo tomar sin límite (F)	0,82	0,88
Cuando en la etiqueta de un alimento leo "sin azúcares añadidos" significa que no contiene azúcar (F)	0,88	1,00
Si en la etiqueta de un alimento leo "light" o "cero" significa que ese alimento no contiene azúcares (F)	0,88	1,00
La Cantidad Diaria Orientativa que aparece en la etiqueta de un alimento me ayuda a saber la cantidad de	0,76	0,76

azúcar que aporta a mi dieta (V)		
"Pautas para la preparación de alimentos" (180209).		
Puedo utilizar libremente perejil, tomillo, romero o pimentón para condimentar los platos (V)	0,82	0,76
Es recomendable cocinar los alimentos a la plancha en lugar de freírlos (V)	1,00	0,88
Es recomendable retirar la grasa visible y los pellejos de la carne (V)	0,94	0,94
A la hora de preparar dulces caseros puedo usar edulcorantes sin calorías que resistan la cocción como el sorbitol (V)	0,82	0,76
"Planificación de menús en base a la dieta prescrita" (180211).		
Es recomendable hacer un menú diario con las comidas de la semana (V)	0,76	0,76
Debo planificar mi menú con alimentos que me gusten (V)	0,82	1,00
Debo planificar mi menú con alimentos de temporada y fácilmente disponibles (V)	0,88	0,82
Si selecciono alimentos precocinados debo leer las etiquetas del producto (V)	0,94	0,94
"Estrategias para cambiar los hábitos alimentarios" (180212).		
Puedo saltarme alguna de las comidas diarias, si previamente he tomado un aperitivo (F)	0,88	0,88
Evitaré tentaciones si no tengo en casa alimentos que no debo comer (V)	0,82	0,88
Debo comer despacio y en un ambiente tranquilo (V)	0,82	0,76
Es recomendable servirme raciones pequeñas (V)	0,65	0,71
"Planes dietéticos para situaciones sociales" (180213).		
No debo cambiar mi horario de comidas aunque coma fuera de casa (V)	0,82	0,88
Cuando como fuera de casa debo llevar algún aperitivo por si se retrasa la comida (V)	0,82	0,82
Pedir alimentos cocinados al horno o a la plancha es una buena opción cuando como fuera de casa (V)	0,82	0,88
En celebraciones (bodas, cumpleaños, fiestas) podré tomar postre (tarta, dulce...) en poca cantidad sustituyendo a la fruta (V)	0,88	0,88
"Posibles interacciones entre alimentos y medicamentos" (180215).		
Algunos alimentos pueden hacer que los medicamentos para la diabetes no funcionen de la manera que debieran (V)	0,88	0,94
Los alimentos ricos en vitamina C (kiwis, naranjas, mandarinas, etc...) disminuyen el efecto de los medicamentos para la diabetes por lo que pueden producir subidas de azúcar (F)	0,41	0,65
El regaliz puede afectar el efecto de los fármacos para la tensión y los diuréticos (V)	0,59	0,59
El alcohol puede hacer que los medicamentos para la diabetes hagan más efecto y producir bajadas de azúcar (V)	1,00	1,00
"Técnicas de autocontrol" (180217).		
Es fundamental que me realice los controles analíticos que me indiquen los profesionales sanitarios (V)	0,82	0,94
Si gano peso es muy probable que esté tomando más calorías de las que gasto (V)	0,88	1,00
Debo mirarme con el glucómetro el azúcar en sangre todos los días al menos una vez (F)	0,76	0,71
Tengo que medir semanalmente mis cifras de tensión arterial(F)	0,65	0,76
"Líquidos permitidos en la dieta" (180218).		
Para seguir correctamente la dieta tengo que limitar el consumo de agua (F)	0,76	0,71
Puedo tomar una copa de vino durante la comida del mediodía (V)	0,65	0,76
Puedo tomar combinados de bebidas alcohólicas (refresco con whisky, ron, ginebra, vodka...) siempre que el refresco sea "light" (F)	0,94	0,94
Puedo consumir cualquier tipo de caldo o sopa sin preocupación (F)	0,82	0,76
"Líquidos que deben evitarse en la dieta" (180219).		
Debo evitar los refrescos y las bebidas energéticas (Redbull®, Burn®...) (V)	1,00	0,94
Debo evitar los zumos comerciales (V)	0,94	0,94

Puedo tomar zumo hecho en casa sin limitaciones (F)	0,88	0,94
Cuando hago deporte es mejor tomar bebidas isotónicas (Aquarius®, Gatorade®, Isostar®...) que agua (F)	0,88	1,00
"Alimentos de acuerdo con las creencias culturales" (180221).		
El aceite de oliva es muy sano por eso lo puedo tomar sin restricciones (F)	0,88	0,94
Yendo de tapas controlo menos lo que como (V)	0,94	0,94
Dormir una siesta de 30 minutos después de comer me ayuda a controlar mi diabetes (V)	0,59	0,47
Puedo comer jamón y otros embutidos sin restricción porque no tienen azúcar (F)	0,88	0,88
26. "Distribución de alimentos a lo largo del día" (180222).		
Distribuir los alimentos en 5 o 6 comidas diarias es perjudicial para mi diabetes (F)	0,88	1,00
Tengo que evitar los hidratos de carbono en el desayuno (F)	0,94	0,94
A media mañana y en la merienda es mejor optar por frutas, proteínas o lácteos (V)	0,82	0,94
Es bueno para un diabético el hábito de tomar un plato fuerte de cuchara al mediodía y hacer una cena más ligera (F)	0,88	0,88
"Raciones diarias recomendadas" (180223).		
Es recomendable que consuma todos los días dos raciones de verduras (V)	0,88	0,88
Si bebo una taza de leche estoy tomando las raciones de lácteos que necesito a diario (F)	0,82	0,82
El aceite que añado a las ensaladas debo contabilizarlo como parte de las raciones que tengo que consumir diariamente (V)	0,88	0,82
Para que mi dieta sea equilibrada, debo tomar a diario el mismo número de raciones de los distintos grupos de alimentos (F)	0,82	0,71
"Estrategias que afectan la ingesta de alimentos y líquidos" (180224).		
Si tengo diarrea, debo evitar comer alimentos fritos (V)	0,82	0,82
Si tengo vómitos o diarreas debo aumentar los autoanálisis, al menos tres veces al día antes de las comidas (V)	0,88	0,82
Si tengo vómitos no debo beber ni comer nada en la hora siguiente (V)	0,82	0,82
Si tengo diarrea debo tomar leche y derivados (F)	0,76	0,94
"Posibles interacciones entre alimentos y suplementos de hierbas" (180225).		
Los suplementos de hierbas que se compran en herbolarios al poner en su etiqueta "naturales" son seguros y no interaccionan con ningún alimento o medicamento que pueda tomar (F)	0,82	0,82
Si tomo lecitina de soja no es necesario reducir los alimentos ricos en grasas animales de mi dieta (F)	0,65	0,71
Tomar una infusión de cola de caballo tras cada una de las comidas del día puede modificar mis cifras de azúcar en sangre (V)	0,76	0,59
Puedo tomar en la cena o después de ella una infusión de valeriana sin azúcar si me ayuda a descansar en la noche (V)	0,65	0,71
30. "Estrategias para aumentar el cumplimiento de la dieta" (180226).		
Plantearme pequeñas pérdidas en mi peso puede ayudarme a ir cumpliendo la dieta (V)	0,94	0,94
Cumpliré mejor la dieta si participo activamente en su elaboración (V)	1,00	1,00
Si tengo el apoyo de mi familia y amigos seguiré mejor la dieta recomendada (V)	1,00	0,88
Si acudo a grupos/cursos para diabéticos me será más fácil seguir la dieta recomendada (V)	0,94	0,88

Tabla 1. Índice de validez de contenido (IVC) e índice de representatividad (IR) para cada uno de los ítems de la versión preliminar del CoNOCidiet.

Aquellos ítems que no han alcanzado el valor preestablecido en uno o ambos indicadores serán revisados y reformulados. Para ello el equipo investigador se pondrá en contacto de nuevo con los expertos consultados en la fase anterior para recoger las opiniones de éstos respecto a los

motivos por lo que asignaron a cada uno de ellos una baja relevancia/representatividad. Los ítems serán reformulados en base a las respuestas y sometidos al mismo proceso descrito en el apartado métodos.

CONCLUSIONES

El número de ítems validados y el valor del IVC y del IR para el cuestionario completo avalan la validez del contenido y la representatividad de la versión preliminar del instrumento CoNOCidiet-Diabetes. Sin embargo, es necesaria la redefinición de aquellos ítems que no llegaron al umbral, en alguno o ambos de los índices, para obtener el mejor instrumento posible en contenido y representatividad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Soriguer F, Goday A, Bosch Comas A, Bordiú E, Calle Pascual A, Carmena R et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia*. 2012; 5(1): 88-93.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud. Actualización. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. [acceso 3 de abril de 2013]. Disponible en: http://www.sediabetes.org/Estrategia_en_diabetes_del_SNS_Accesible.pdf
3. Kulkarni K. Diets do not fail: the success of medical nutrition therapy in patients with diabetes. *Endocr Pract*. 2006; 12 Suppl 1: 121-3.
4. Desroches S, Lapointe A, Ratté S, Gravel K, Légaré F, Turcotte S. Interventions to enhance adherence to dietary advice for preventing and managing chronic diseases in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 28; 2: CD008722.
5. Muñoz Pareja M, León Muñoz LM, Guallar Castellón P, Graciani A, López García E, Banegas JR et al. The diet of diabetic patients in Spain in 2008-2010: accordance with the main dietary recommendations--a cross-sectional study. *PLoS One*. 2012; 7(6): e39454.
6. Garbin LM, Rodrigues CC, Ross LA, de Carvalho EC. Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC): identificação da produção científica relacionada. *Rev Gaucha Enferm*. 2009; 30(3): 508-15.
7. Wong M, Gucciardi E, Li L, Grace SL. Gender and nutrition management in type 2 diabetes. *Can J Diet Pract Res*. 2005; 66(4): 215-20.
8. Nagelkerk J, Reick K, Meengs L. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *J Adv Nurs*. 2006; 54(2): 151-8.

9. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns*. 2002; 48(2): 177–87.
10. Funnel MM, Anderson RM. Empowerment and self-management of Diabetes. *Clin Diabetes*. [revista en Internet] 2004. [acceso 3 de abril de 2013]; 22(3): 123-7. Disponible en: <http://clinical.diabetesjournals.org/content/22/3/123.full>
11. Comité de Revisión de Estándares de la Sección Consultiva sobre Educación Diabética de la Federación Internacional de Diabetes. Estándares internacionales de educación diabética. Bruselas: Federación Internacional de Diabetes; 2009. [acceso 3 de abril de 2013]. Disponible en: <http://www.idf.org/education/resources/standards>
12. Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I, van Achterberg T. Nursing diagnoses, interventions and outcomes - application and impact on nursing practice: systematic review. *J Adv Nurs*. 2006; 56(5): 514-31
13. Cárdenas JC, Salinero MA, Gómez P, Burgos C, Abanades JC, Arnal R et al. Effectiveness of standardized nursing care plans in health outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus: a two year prospective follow-up study. *PLoS ONE*. 2012; 7(8): e43870
14. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
15. Morales Asencio JM. Investigación de resultados en enfermería. El camino hacia la efectividad de los cuidados. *Index Enferm* [revista en Internet] 2004. [acceso 3 de abril de 2013]; 13(44-45). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962004000100008>
16. Morilla Herrera JC, Morales Asencio JM, Fernández Gallego MC, Berrobianco Cobos E, Delgado Romero A. Utilidad y validez de un instrumento basado en indicadores de la Nursing Outcomes Classification como ayuda al diagnóstico de pacientes crónicos de Atención Primaria con gestión ineficiente de la salud propia. *Anales Sis San Navarra* [revista en Internet] 2011 enero-abril. [acceso 3 de abril de 2013]; 34(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272011000100006>
17. Moorhead S, Johnson M, Maas M.L. Herramientas criterio seleccionadas con medidas psicométricas para evaluar los resultados de la NOC utilizados en los sitios de estudio. En: Moorhead S, Johnson M, Maas M.L. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2005. p.708-58.
18. Swanson E. NOC en el proceso de cuidados. En: VIII Jornadas de Trabajo AENTDE. A Coruña; 20-21 de mayo de 2011. Barcelona: Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería; 2011.

19. Brokel JM, F. Hoffman F. Hospice methods to measure and analyze nursing-sensitive patient outcomes. J Hosp Palliat Nurs. 2005; 7(1): 37-44.
20. Lee EJ. Validation of nursing care sensitive outcomes related to knowledge. Taehan Kanho Hakhoe Chi. 2003; 33(5): 625-32.
21. Guildford JP. Psychometrics Methods. 2ª ed. New York: McGraw-Hill; 1954.
22. Gulliksen, H. Theory of Mental Test. New York: Wiley; 1950.

FINANCIACIÓN

Proyecto PI13/01569 financiado dentro de la Acción Estratégica en Salud 2013-2016, del Programa Estatal de Investigación Orientada a los Retos de la Sociedad, en el marco del Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2013-2016. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Ministerio de Economía y Competitividad. Cofinanciado con fondos FEDER.

AGRADECIMIENTOS

A Martín Rodríguez Álvaro, Mercedes Fraile Bravo, Rubén Martín Payo y Gonzalo Duarte Climents como miembros del grupo ENE de Investigación en Lenguajes Enfermeros. Nuestros agradecimientos también a los profesionales que han participado en el panel de expertos.

DEPENDENCIA EN PACIENTES CON ALZHEIMER: COMPARACIÓN DE ESCALA BARTHEL Y ESCALA BASADA EN TAXONOMÍA NOC

AUTOR/ES

José Antonio Ponce Blandón*, Sergio Barrientos Trigo*, Antonio Moreno-Guerín*, Antonio de Padua Paredes Jiménez*, Sheila Márquez Nogues*

* Centro de Enfermería de Cruz Roja adscrito a la Universidad de Sevilla

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Alzheimer es una patología neurológica irreversible y progresiva que resulta de un deterioro de ciertas partes del cerebro. Esta enfermedad se basa en la aparición de deterioro cognitivo y trastornos de conducta que van en aumento con el paso del tiempo^{1,2, 3}.

El Alzheimer es la demencia más prevalente en el mundo ya que representa el 50-60% del total de demencias y eso corresponde a 65.7 millones de personas en el mundo. Se intuye que alrededor de 10 millones de Europeos con Alzheimer. En año 2011 650.000 personas estaban afectadas por dicha enfermedad en España, con un aumento de 100.000 casos cada año^{4,5, 6}.

El grado de Alzheimer se mide con diversas escalas y sus estadios son tres: leve, moderado y severo. Respecto al leve, se caracteriza por pérdida de memoria reciente, pequeñas alteraciones en el humor, y al hablar. Estos pacientes tienen problemas en parcelas de su vida diaria y laboral. En el estadio moderado, la pérdida de memoria aumenta progresivamente y hay dificultad al realizar ciertas actividades domésticas. La comunicación se complica y está empobrecida, y aparecen reacciones agresivas y desproporcionadas. Los pacientes tienen llegan a un nivel de dependencia claro en el sujeto. Por último, en el estadio severo la pérdida de memoria es grave aunque conserve la memoria emocional. El humor es imprevisible, sin capacidad de comunicación ni comprensión, y el sujeto es totalmente dependiente⁷.

El Consejo de Europa define la dependencia como "un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria". Al conocer a los pacientes, podemos identificar sus problemas de salud y crear estrategias individualizadas para su mejor bienestar y confort^{8, 9}.

El Índice de Barthel es una herramienta que se emplea para medir la capacidad que tiene un individuo a la hora de realizar sus actividades de la vida diaria, logrando un valor cuantitativo estimado de su grado de dependencia. Con el paso del tiempo se ha utilizado para evaluar la necesidad de cuidados personales y estructurar mejor los servicios de ayuda a domicilio y como parte del protocolo de valoración geriátrica. Este cuestionario ha sido utilizado en múltiples

poblaciones y con diversos objetivos. También se ha empleado como guía para investigar cualidades de nuevas herramientas como los casos de la "Goal Attainment Scale" (escala de consecución de objetivos), del "Geriatric Quality of Life Questionnaire" (cuestionario geriátrico de calidad de vida) o el cuestionario Frail Elderly Functional Assessment (valoración funcional del anciano debilitado)^{10, 11}.

El Inventario del Nivel de Cuidados mediante Indicadores de la Clasificación de Resultados de Enfermería (INICIARE), es una herramienta desarrollada bajo el modelo conceptual de Virginia Henderson y que pretende convertirse en una respuesta metodológica definitiva en la medición de necesidades de cuidados de pacientes. Para la formulación de los ítems se utilizó Lenguaje Estandarizado de Enfermería a través de la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) lo que la convierte en una escala puramente enfermera. La validación interna, iniciada en 2006, redujo la escala a 60 ítems y obtuvo una alta fiabilidad y consistencia interna¹². Actualmente se encuentra en proceso de validación externa mejorando los resultados obtenidos en la primera fase de validación.

La actual falta de información sobre respuestas humanas e intervenciones enfermeras, la desigualdad de formación investigadora en enfermería y las trabas estructurales a la hora de investigar, son algunos hándicaps en la investigación en Enfermería. INICIARE aporta estas cualidades, pero al ser una herramienta desarrollada recientemente necesita más investigación para validarla en diferentes contextos^{11, 12, 13, 14}.

El objetivo principal de este estudio es medir el grado de dependencia de una muestra de pacientes con Alzheimer comparando los resultados de la escala Barthel y la escala INICIARE.

MATERIAL Y MÉTODO

Se planteó un estudio analítico, observacional y transversal, para correlacionar los resultados de las valoraciones numéricas de las dos escalas comparadas, desde la hipótesis que sostiene que los resultados de la escala de dependencia confeccionada con taxonomía NOC presentaría correlación con los resultados de la escala Barthel.

La población de estudio estuvo conformada por cuidadores principales de enfermos de Alzheimer y los propios pacientes, pertenecientes a la unidad de estancia diurna del Centro Social "Miraflores" (Diputación de Sevilla) y a la Asociación de Sevilla de lucha contra el Alzheimer, ASLA. Se ha realizado un muestreo no probabilístico de conveniencia de los pacientes atendidos en esta institución, con la que colabora también la mencionada Asociación. El tamaño de la muestra fue de 23 sujetos. Todos estos pacientes habían sido diagnosticados de enfermedad de Alzheimer en diferentes estadios de la enfermedad.

Respecto a la planificación de la recogida de datos, ésta se realizó mediante dos cuestionarios: El Índice de Barthel y el cuestionario INICIARE. La recogida de los datos de dichos cuestionarios

se realizó todos los martes, en horario de 9 a 2, del mes de Febrero de 2014. Fue realizada por 3 entrevistadores, que fueron entrenados para utilizar el mismo procedimiento, aplicando las escalas a enfermos de Alzheimer de la asociación ASLA, y a los de la unidad de estancia diurna de Miraflores. En primer lugar se recogieron las variables sociodemográficas de los enfermos de Alzheimer. Tras esto, se realizó la valoración a través de la escala de Barthel, la cual fue autoadministrado y, por tanto, cumplimentada por el cuidador principal del paciente. El rango de valores de este índice es de 0 a 100. Las puntuaciones en este índice de 0-20 reflejan una dependencia total, de 21-60 puntos una dependencia severa, de 61-90 dependencia moderada, de 91-99 dependencia escasa, y 100 puntos el paciente es totalmente independiente^{10,11}.

Por último se recopiló la información relacionada con el cuestionario INICIARE, el cual tiene carácter de cuestionario heteroadministrado, por lo que el entrevistador puntuó los diversos ítems mediante valoración del paciente y entrevista con el cuidador. La recogida de datos para la cumplimentación de los cuestionarios se realizó con el paciente de Alzheimer siempre presente. Cada ítem se puntuó en una escala tipo Likert de 1 a 5, siendo 1 la situación menos deseable y 5 la más deseable. La puntuación mínima que indicaría una dependencia total serían 59 puntos, frente a los 295 que indicarían total independencia.

Las variables recogidas en el estudio fueron, por un lado, variables sociodemográficas de los pacientes de Alzheimer, en las que se encontraban: edad del paciente, estadio de la enfermedad, convivencia con el cuidador y el sexo. Por otro lado, el segundo grupo de variables estudiadas lo conforman el grado de dependencia de estos pacientes comparado con dos escalas de valoración el índice de Barthel y el cuestionario.

Respecto al procesamiento y análisis de la información, se grabaron los resultados recogidos a través de los diferentes instrumentos, en una base de datos confeccionada a través de la herramienta de creación de cuestionarios de la aplicación Epi Info versión 7.1.1.14. El análisis consistió inicialmente en una descripción de las variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central y de dispersión y de las variables cualitativas mediante cálculo de frecuencias con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%. Para contrastar la hipótesis principal del estudio se aplicó un análisis de regresión lineal entre los principales valores numéricos obtenidos con ambas escalas, calculando coeficiente de correlación de Pearson y coeficiente de determinación y estableciendo una $p > 0,005$ como nivel de significación en la prueba de significación F, que se efectuó tanto para las regresiones lineales simples entre valores globales, como en las regresiones múltiples calculadas para las agrupaciones de valores de las escalas que recogían parámetros similares.

RESULTADOS

Un 56,5% de la muestra estudiada [34.5%-76.8%] estuvo conformada por mujeres, mientras que el 43,5% [23.2%-65.5%] eran varones. La media de edad de la población estudiada fue de 73,7 años (SD 7,8). El 87% de los cuidadores de los pacientes que participaron en el estudio [66.4%-97.2%] fueron cuidadores que convivían con el paciente, mientras que el resto de la muestra estuvo conformada por cuidadores que no convivían con los pacientes. Respecto al estadio de la enfermedad, un 68,2% de los pacientes [45.1% -86.1%] se situaban en la fase leve de la enfermedad, un 27,3% [10.7%-50.2%] en el estadio moderado, y un 4,5% [0.1%-22.8%] (un único paciente), en la fase avanzada de la enfermedad.

Respecto a los resultados de la escala de Barthel, la valoración media de la puntuación total obtenida por los sujetos de estudio, fue de 65,65 puntos (SD 28,7), con un rango [5-100] y una mediana de 70 puntos, situándose la media de los sujetos de estudios en una dependencia moderada. En las valoraciones por la escala INICIARE se obtuvo una valoración media global de 194,6 puntos (SD 51,6), con un rango [111-278], situando, por tanto, a la media de los pacientes, también en un grado de dependencia moderado (valoración porcentual del 65,9%). Las máximas puntuaciones posibles de ambas escalas son de 100 y 295 puntos, respectivamente. En las valoraciones globales, no hubo diferencias estadísticamente significativas por sexos, como se puede observar en la tabla 1.

TABLA 1: VALORACIONES GLOBALES ESCALA BARTHEL E INICIARE. COMPARACIÓN POR SEXOS:

	Barthel	INICIARE
Hombres	67 (SD 25,7)	204,4 (SD 51,3)
Mujeres	64,6 (SD 31,7)	187,07 (SD 52,6)
Comparación de medias por sexos	t=0,19p=0,848	t=0,79p=0,437
Total	65,65 (SD 28,7)	194,61 (SD 51,6)

Analizando separadamente cada una de las actividades de la vida diaria que se registran en la escala de Barthel, las actividades en las que los sujetos de estudio mostraron un mayor grado de autonomía, fueron la deambulaci3n y el traslado del sill3n a la cama, con una valoraci3n media de 11,9 puntos (SD 4,7) y de otros 11,9 puntos (SD 3,9) sobre un m3ximo de 15 puntos, respectivamente. Sin embargo, las actividades de la vida diaria en la que los pacientes mostraron tener una mayor grado de dependencia con, fueron el lavado/ba3o y la micci3n, con

unas puntuaciones medias de 2,39 (SD 2,55) sobre un máximo de 5 puntos para el lavado/baño y 5 puntos sobre un máximo de 10 puntos (3,3), para la micción.

Respecto al análisis de las 14 necesidades básicas recogidas en la escala INICIARE, las necesidades básicas en las que los pacientes mostraron un mayor grado de autonomía fueron "Mantener la temperatura" y "Respirar", con valoraciones medias de 9,09 sobre 10 (SD 1,5) y de 32 sobre 40 (SD 9,9), por lo que las valoraciones porcentuales de estas dos necesidades se situaron en el 90,9% y el 80%, respectivamente. Por el contrario, las necesidades básicas para las que reflejaron un menor grado de autonomía fueron "Capacidad de aprender" y "Trabajar y realizarse", que obtuvieron unas puntuaciones medias de 14,4 (SD 8,1) sobre un máximo 35 puntos (41%) y de 6,70 (SD 3,7) sobre un máximo de 15 puntos (45%). En las tablas 2 y 3 se desglosan los resultados en puntuación y porcentuales obtenidos a través de las dos escalas utilizadas.

TABLA 2: PUNTUACIONES MEDIAS Y PORCENTUALES DE LA ESCALA BARTHEL:

Actividad	Puntuación media	Desv. estándar	Puntuación relativa
Comer	6,96	2,92	69,6%
Lavarse-bañarse	2,39	2,55	47,8%
Vestirse	5,65	4,07	56,5%
Arreglarse	2,83	2,53	56,5%
Deposición	6,30	4,05	63%
Micción	5,00	3,37	50%
Ir al retrete	6,52	3,51	65,2%
Trasladarse	sillón 11,96	4,70	79,7%
Deambulaci3n	11,96	3,91	79,7%
Subir y bajar escaleras	6,09	3,98	60,9%
Total Barthel	65,65	28,70	65,6%

TABLA 3: PUNTUACIONES MEDIAS Y PORCENTUALES DE LA ESCALA INICIARE:

Necesidad	Puntuaci3n media	Desv. est3ndar	Puntuaci3n relativa

Respirar	32,00	9,9	80%
Alimentarse e hidratarse	30,91	6,61	77,7%
Eliminación	19,13	8,40	63,8%
Moverse y mantener la postura	14,83	5,77	74,1%
Descanso-Sueño	10,65	3,95	71%
Vestirse y arreglarse	6,78	3,50	67,8%
Mantener la temperatura	9,09	1,50	90,9%
Mantener la higiene	18,39	6,58	73,6%
Seguridad y evitación de peligros	5,39	3,30	53,9%
Comunicarse y relacionarse	12,30	4,96	61,5%
Creencias y valores	7,30	4,17	48,7%
Trabajar y realizarse	6,70	3,72	44,6%
Ocio y actividades de entretenimiento	6,70	3,23	67%
Aprender	14,43	8,16	41,2%
Total INICIARE	194,61	51,63	65,9%

Para finalizar, el análisis, de regresión lineal mostró correlación en casi todas las puntuaciones comparadas. La correlación entre las puntuaciones globales de las dos escalas fue del 67,8% (coeficiente de correlación de Pearson $r=0,678$, $p=0,0004$). Otras correlaciones que se hallaron fueron: la existente entre los ítems de la escala Barthel que estaban vinculados a la capacidad de deambular del paciente y el ítem de la escala INICIARE "Moverse y mantener la postura", con una correlación del 88,3% (coeficiente de correlación de Pearson $r=0,883$, $p=0,0092$) y la existente entre el ítem de la escala Barthel "Lavarse/bañarse" con el ítem de la escala INICIARE "Mantener la higiene", con una correlación del 79,3% (coeficiente de correlación de Pearson $r=0,793$, $p=0,000008$). En la tabla 4 se exponen los resultados principales del análisis de correlación.

TABLA 4: ANÁLISIS DE LAS CORRELACIONES ENTRE ESCALA BARTHEL Y ESCALA INICIARE

Barthel	INICIARE	Coef.	r Coef	F test	P
Comer	Alimentarse	0,38	0,15	3,69	0,068
Lavarse-	Mantener la higiene	0,793	0,63	35,69	0,000008 *
Vestirse					
Arreglarse	Vestirse y arreglarse	0,774	0,60	15,26	0,00015*
Deposición	Eliminación	0,768	0,59	14,37	0,0058*

Micción

Ir al retrete

Trasladarse del

sillón/cama	Moverse y mantener	0,883	0,78	12,25	0,0092*
Deambulación	la postura				

Subir y bajar

escaleras

TOTAL	TOTAL INICIARE	0,678	0,46	17,98	0,0004*

DISCUSIÓN

El perfil de la población estudiada responde a una casuística habitual entre los pacientes con Alzheimer: paciente de más de 70 años, en estadio leve o moderado de la enfermedad y que convive con el cuidador o cuidadora principal. Esto hace que el análisis pretendido para valorar la correlación entre las escalas empleadas en este estudio sea apropiado al responder los sujetos de estudios a un perfil habitual del paciente con Alzheimer.

Las actividades de la vida diaria en las que este tipo de pacientes han mostrado un mayor grado de dependencia, corresponden a la deambulación y desplazamientos del paciente (79,7%) y a la alimentación del paciente (69,6%), mientras que los grupos de necesidades en los que los pacientes mostraron mayor dependencia corresponden a las necesidades de termorregulación (90,9%), de respiración (80%) y de alimentación (77,7%).

En los resultados obtenidos, se aprecia que, a pesar de que la escala INICIARE recoge grupos de necesidades que no se contemplan en la escala de Barthel, la correlación entre las valoraciones de ambos instrumentos es consistente. Prueba de ello es que porcentualmente, las puntuaciones globales entre ambas escalas han resultado similares y que esta correlación se ha situado significativamente en el 67,8%, cifra que podemos considerar alta. Correlaciones más altas pueden esperarse cuando se comparan las puntuaciones entre instrumentos que miden exactamente los mismos grupos de necesidades y que utilizan el mismo procedimiento de medición, pero las diferencias entre la escala de Barthel e INICIARE son evidentes, ya que Barthel mide actividades de la vida diaria y es un cuestionario autoadministrado e INICIARE mide grupos de necesidades y es un cuestionario heteroadministrado. A pesar de ello, se ha comprobado en el estudio la consistencia entre los resultados de las valoraciones de los grupos de necesidades de la escala INICIARE y los resultados de las actividades de la vida diaria de la escala Barthel, como lo prueba el análisis de regresión lineal efectuado para las necesidades de "Moverse y mantener la postura", "Eliminación", "Vestirse y arreglarse" o "Mantener la higiene".

El tamaño y el tipo de muestra empleado en este estudio, nos obliga a considerar con cautela los resultados, ya que se trata de un muestreo no probabilístico y con una muestra pequeña de

pacientes, lo que podría hacer que pequeñas variaciones individuales generen importantes variaciones en los resultados. Sin embargo, la pretensión de este estudio, que no era más que realizar una exploración de la utilidad de la herramienta INICIARE, y la consistencia que ha demostrado este instrumento en otros estudios, nos permite aceptar la hipótesis de la fiabilidad de la escala INICIARE.^{12,14} No obstante, estimamos conveniente que se realicen otros estudios con muestras más amplias y representativas, con métodos de validación de instrumentos de validación para corroborar esta hipótesis.

Las escalas para determinar el grado de dependencia del paciente que han demostrado ser eficaces, como la escala de Barthel que en este estudio empleamos, son una herramienta útil para realizar la valoración de los cuidados que los pacientes con Alzheimer necesitan. Sin embargo, la necesidad de planificar intervenciones y resultados en la práctica enfermera, hace que se precisen métodos y herramientas complementarias para culminar el proceso enfermero, particularmente para cumplir con el objetivo de evitar la sobrecarga del cuidador. La escasez y falta de disponibilidad de estas herramientas hace que sean necesarios los estudios sobre la utilidad de herramientas como INICIARE, que estructura las necesidades en los 14 grupos de necesidades de Virginia Henderson y que determina ya los resultados enfermeros esperados mediante la taxonomía NOC, a la vez que se realiza la valoración del paciente, por lo que puede convertirse en una herramienta práctica y útil.¹³

Por todo ello, y teniendo en cuenta estas consideraciones, concluimos que la escala INICIARE basada en la taxonomía NOC, es un buen indicador del grado de dependencia de los pacientes con Alzheimer en estadios leve y moderado, ya que la herramienta ha demostrado tener en la población estudiada alta correlación en sus resultados con escalas más estandarizadas y validadas como el test de Barthel, si bien sugerimos continuar profundizando en estudios sobre su utilidad con poblaciones más amplias.

BIBLIOGRAFIA

Soláns M. Navegando en la oscuridad: IRIS MURDOCH y la enfermedad de Alzheimer. *Signa* 2014; 23(): 203-230

Fernández M, Gual P. Sentido del cuidado y sobrecarga. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005; 40(Supl 3): 24-9

Aldana G, Guarino L. Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *SummaPsicologia UST*. 2012; 9(1): 5-14

Inouye K, Pedrazzani E, Pavarini S, Toyoda C. Percepción de la calidad de vida del anciano con demencia y la de su cuidador familiar: evaluación y correlación. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*[Revista de Internet]. 2009Abril[citado2014Feb18]; 17(2):187-193.Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Pérez M, Cartaya M, Olano B. Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer. Rev Cubana Enfermer[revista de Internet]. 2012Dic [citado2014Feb15]; 28(4): 509-520. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000400007&lng=es

Esandi N, Canga A. Familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica vol.22no.2Madridjun.2011.

Alberca Serrano R. Manifestaciones psicológicas y conductuales de la enfermedad de Alzheimer. Editorial Glosa 2010

Flores E, Rivas E, Seguel F. NIVEL DE SOBRECARGA EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DEL CUIDADOR FAMILIAR DE ADULTO MAYOR CON DEPENDENCIA SEVERA. Cienc. enferm.[revista de Internet]. 2012Abr [citado2014Mar06]; 18(1): 29-41. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004&lng=es

Segura N, Gómez R, López R, Gil E, Saiz C, Cordero J. El anciano dependiente y el desgaste físico y psíquico de su cuidador. Rev Esp Geriatr Gerontol. 41(Supl 1): 15-20; 2006

Barrero C, García S, Ojeda A. Índice de Barthel (IB): un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. plasticidad y restauración neurológica. Vol.4 no.1-2 Enero-Junio, Julio-Diciembre 2005

Cid J, Damián J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev. Esp. Salud Publica[revista de Internet]. 1997Mar [citado2014Feb12]; 71(2): 127-137. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es.

Porcel Gálvez, AM. Construcción y validación de un sistema de evaluación del nivel de dependencia para el cuidado de pacientes hospitalizados [tesis doctoral]. Granada: Editorial de la Universidad de Granada; 2011

Morales JM. Investigación de Resultados en Enfermería: El camino hacia la efectividad de los cuidados. IndexEnferm[revista de internet]. 2004Junio [citado2014Feb12] 13 (44-45): 37-41. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000100008&script=sci_arttext

Porcel Gálvez A, Morales Asencio J, Villaverde C. Medida del Nivel de Dependencia en Cuidados Enfermeros. Preliminares de una propuesta Metodológica. Scentia: Revista Multidisciplinar de Ciencias de la Salud. 2008; 13: 131-5.

PROCESO ENFERMERO DE DUELO PERINATAL SEGÚN JANE WATSON

AUTOR/ES

Cristina Nuño-Aguilar; José Miguel Rodríguez-Baquero; Ana Mármol-Mezquita; Sergio Barrientos-Trigo; Rocío Cáceres-Matos

PALABRAS CLAVE

Mortalidad Perinatal (Perinatal Mortality [MeSH]); Procesos de Enfermería (Nursing Process [MeSH]); Evaluación en Enfermería (Nursing Assessment [MeSH])

INTRODUCCIÓN

El caso que presentamos se realiza bajo el modelo conceptual de Jean Watson, enfermera americana fundadora de la Escuela del Caring, cuya finalidad está basada en preservar la esencia humana y reposicionar el cuidado dentro de nuestros sistemas sanitarios. Watson plantea que la enfermería es una profesión que tiene responsabilidades éticas y sociales que van desde la persona que cuida hasta la sociedad en general. Propone que las bases del cuidado enfermero deben ser una sincronización entre las creencias tradicionales como son: el afecto, los sentimientos, las emociones y las ciencias humanas.^{1,2} Su modelo nos permite regresar a nuestras raíces y valores profesionales más profundos, representa el modelo de enfermera ideal. El cuidado nos permite dejar constancia de nuestra identidad profesional en un contexto donde los valores humanos son constantemente cuestionados y cambiados. Implica un sistema de valores altruista capaz de considerar la humanidad con amor y saber apreciar la diversidad y la individualidad, lo que nos ayuda a tolerar las diferencias.

Los 10 factores de Cuidado de Jane Watson;

1. Formación de un sistema humanístico- altruista de valores.
2. Inculcación de la fe-esperanza.
3. Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás.
4. Desarrollo de una relación de ayuda-confianza.
5. Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.
6. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones.
7. Promoción de la enseñanza - aprendizaje interpersonal

8. Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual.
9. Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas.
10. Permisi3n de fuerzas existenciales-fenomenol3gicas.

María*, mujer de 28 a3os, primigesta y sin antecedentes patol3gicos. Su embarazo fue seguido en Atenci3n Primaria y por una matrona privada con controles peri3dicos normales. Asisten ambos a clases de preparaci3n para maternidad y paternidad, realizando adem3s 5 consultas con su matrona privada. Su intenci3n es parir en su domicilio. Realiza ejercicio aer3bico regularmente con baile y bicicleta. A la 41+1 semana de gestaci3n (sg), en reposo, siente que algo no est3 bien. No encuentran latido fetal, siendo necesaria la valoraci3n de su matrona privada, que confirma este hallazgo. En la valoraci3n hospitalaria determinan muerte perinatal. Tras la inducci3n del parto, exponemos el proceso enfermero³ realizado a los tres d3as.

*El nombre utilizado es ficticio.

VALORACI3N

Se realiza valoraci3n seg3n patrones funcionales de Marjory Gordon¹, 2. Presenta falta de apetito, insomnio y sue3os repetitivos de su hija nonata. Buscan posibles causas a la muerte perinatal, caus3ndole culpabilidad, aunque entienden que la muerte va ligada a la vida. En estos tres d3as han ido madurando el convencimiento de que su hija ha querido ense3arles algo con lo sucedido, pero a la vez, no entienden que haya ocurrido pese a haberse volcado tanto en su cuidado. Mantiene buenas relaciones familiares, que suponen un gran apoyo para ambos, pese a que de momento quieren estar solos. Realizan esa ma3ana el reconocimiento del beb3 y asisten a la incineraci3n. Planean enterrar las cenizas ellos mismos.

DIAGN3STICOS ENFERMEROS

Duelo R/C muerte de una persona significativa M/P b3squeda del significado de la p3rdida⁴

Este diagn3stico enfermero se encuentra encuadrado en el Dominio 9 (Afrontamiento/tolerancia al estr3s) y pertenece a la Clase 2(Respuestas de afrontamiento).

En el a3o 2006, NANDA revis3 su diagn3stico Duelo (antes Duelo anticipado). La nueva definici3n de este diagn3stico aprobado en 1980, incluye sutiles cambios que identifican al fen3meno como un proceso normal que incluye respuestas emocionales, f3sicas, espirituales, intelectuales y sociales. Esto supone un paso hacia la adopci3n desde la disciplina enfermera de una visi3n constructivista del duelo, desbancando las corrientes tradicionales que impregnan trabajo diario de la enfermera/o.⁴

RESULTADOS

1304 Resolución de la aflicción⁵

María realizará acciones personales para lograr ajustar pensamientos, sentimientos y conductas a la pérdida que ha sufrido.

Indicadores:

130414 Refiere sueño adecuado (2-5)

130415 Refiere una ingestión nutricional adecuada (3-5)

130419 Refiere implicación en actividades sociales (2-5)

130421 Expresa expectativas positivas sobre el futuro (2-5)

INTERVENCIONES

5294 Facilitar el duelo: muerte perinatal⁶

En los dos primeros días, se animará a María y a la familia a discutir y decidir acerca de las disposiciones del funeral, autopsia, asesoramiento genético y participación familiar en todos estos procesos. Otra de las actividades que la enfermera/o llevará a cabo con María y su familia es facilitar el contacto y apoyo religioso si procede o lo solicitan, además de explicar las etapas y características normales y anormales del duelo, incluyendo los factores desencadenantes que precipitan sentimientos de tristeza. Se les dispondrá de tiempo para que la familia esté a solas con el bebé si es su voluntad. Finalmente, la enfermera/o, participará en la preparación y movilización del cuerpo a la morgue para que sea trasladado por la familia a la funeraria.

5270 Apoyo emocional⁶

Entre los días tres y catorce, la enfermera/o explorará con María qué ha desencadenado las emociones y la ayudará a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza, animándola a expresarlos, conversar o llorar como medio de disminuir la respuesta emocional.

5420 Apoyo espiritual⁶

Entre los días quince y veinte, la enfermera/o animará a María a concertar citas con un asesor espiritual si ella lo desea. Se le hará saber que puede contar con su apoyo en los momentos de sufrimiento, expresando empatía y mostrando que está dispuesto a escucharla mientras expresa sus sentimientos.

Entre los días veinte y treinta, la enfermera/o animará a María a participar en interacciones con miembros de su familia, amigos y demás, proporcionándole privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales cuando María lo necesite. Otra de las actividades que llevará a cabo la enfermera/o es poner a María en contacto con grupos de apoyo fomentando

su participación en ellos, para que pueda apoyarse en otras mujeres que estén pasando o hayan pasado por una situación similar. Asimismo, se le enseñarán métodos de relajación, meditación e imaginación guiada.

EVALUACIÓN

A los 15 días se realizará una nueva entrevista personal en la que María referirá un aumento de la calidad del descanso valorado a través del Cuestionario de Oviedo del Sueño⁷. Además aportará un cuadro en el que detallará su ingesta por comidas que deberá ser superior al actual.

A los 30 días María estará desarrollando sus actividades sociales habituales y verbalizará planes concretos de futuro.

BIBLIOGRAFÍA

Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011.

Kershaw B, Salvage J. Modelos de Enfermería. Barcelona: Doyma; 1988.

Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2003.

Heather Herdman T. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013

Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4th ed. Madrid: Elsevier España; 2009.

Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.

Bobes García J, González G.-Portilla MP, Saíz Martínez PA, Bascarán Fernández MT, Iglesias Álvarez C, Fernández Domínguez JM. Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. *Psicothema*. 2000; 12(1): 107-12.

CONSTRUCCIÓN DEL NOC CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO: ACTIVIDAD Y EJERCICIO PRESCRITO

AUTOR/ES

Gemma Espigares-Tribó ¹, Luisa Guitard-Sein Echaluze ², Divina Farreny-Justribó ^{2,3},

Josep M^a Gutiérrez-Vilaplana^{2,4}, Noemi Serra-Payà⁵, Iluminada Arias-Rodriguez⁴

¹ Estudiante del máster de investigación de la Universidad de Lleida, ² Profesor/a de la Facultad de enfermería de la Universidad de Lleida, ³ Departamento de Cooperación Municipal- Unidad de Salud pública. Diputación de Lleida, ⁴ Servicio de nefrología. Hospital Universitario Arnau de Vilanova ⁵ Profesora del Instituto Nacional de Educación Física de Catalunya (INEFC-Lleida)

PALABRAS CLAVE

Validación, NOC, Actividad física, Ejercicio físico, Cumplimiento

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular y sus complicaciones pueden aumentar más del 10% el coste sanitario. El coste de un paciente hipertenso, es de media, el doble que un normotenso ¹.

La realización de actividad física (AF) forma parte de las medidas no farmacológicas del tratamiento de la HTA. Las recomendaciones ampliamente consensuadas ²⁻⁶ prescriben al menos 5 días de actividad a la semana de ejercicio aeróbico (como nadar o ir en bici) un mínimo de 30 minutos. La guía europea de HTA 2013 ² (*European Society of Hypertension/European Society of Cardiology*) indica que el cumplimiento de estas recomendaciones se asocia a un mejor control de la HTA. Se apunta como clave de éxito para mejorar la adherencia la actitud frente al cambio en la modificación de conductas.

Los diagnósticos enfermeros NANDA-International ⁷ constituyen un marco útil para la investigación enfermera porque definen las situaciones de salud que identifican y tratan las enfermeras. En la conferencia de 2004 se aprobó el diagnóstico *Sedentarismo* y posteriormente en 2012 se modificó la etiqueta por la de *estilo de vida sedentario*⁷. Los factores relacionados aprobados para este diagnóstico son: conocimientos deficientes sobre los beneficios del ejercicio físico, falta de interés-motivación, falta de recursos (tiempo, dinero, compañía, instalaciones) y falta de entrenamiento para la realización de ejercicio físico⁷. En otras conferencias se aprobaron las intervenciones NIC ⁸ (*Nursing Intervention Classification*) con actividades adecuadas para abordar este diagnóstico y los resultados NOC ⁹ (*Nursing Outcomes Classification*) con los correspondientes indicadores para evaluar las modificaciones logradas.

Al implementar una intervención para mejorar y mantener el nivel de actividad física en personas con hipertensión el NOC *conducta de cumplimiento* (1601) no resulta suficientemente concreto para plantear los indicadores de resultados adecuados.

OBJETIVOS

Construcción de un nuevo NOC para medir el cumplimiento de un programa de ejercicio físico.
Evaluación de la validez del NOC propuesto mediante concordancia de expertos.

MATERIAL Y MÉTODO

Para el proceso de construcción del NOC conducta de cumplimiento: actividad y ejercicio prescrito se diseñó un estudio utilizando la técnica cualitativa Delphi.

Se contactó con 6 expertos del ámbito de la enfermería y licenciados en actividad física y deporte que cubrían los perfiles docente, investigador y asistencial, tanto en el campo de la taxonomía enfermera como de prescripción de ejercicio (características detalladas en los resultados mediante estadística descriptiva).

El proceso se desarrolló mediante dos rondas entre enero y febrero de 2014. En la 1ª ronda se contactó con los expertos, explicándoles los objetivos del estudio y facilitando bibliografía de referencia, así como el NOC *Conducta de cumplimiento* (1601). Se les pidió que opinaran sobre la adecuación de los indicadores del NOC 1601 en el estudio sobre ejercicio físico y la conveniencia de construir un nuevo NOC, así como la posible definición y la propuesta de los indicadores de resultado del nuevo NOC.

En la 2ª ronda se pidió opinión mediante un cuestionario construido para tal fin a los expertos. En él jerarquizaban, valoraban y comparaban la agregación de resultados obtenidos en la ronda previa, así como la propuesta de etiqueta y definición del NOC.

Análisis estadístico:

Para obtener evidencias de validez del contenido se utilizó la definición conceptual según el modelo de Haladyna¹⁰ y el juicio de los expertos en la construcción de los indicadores de resultado según Delgado-Rico et al¹¹.

Se utilizó el Índice de Validez de Contenido (IVC) mediante la fórmula utilizada por Rubio et al¹⁰ y teorizadas por Weger, Tebb, Lee y Rauuch¹² para estimar la relevancia. Se calculó para cada indicador el número de jueces que emitió una sentencia de 3 o 4 en la escala de Likert (utilizado en el NOC⁹) dividido por el número total de jueces. Dado que la intención fue obtener dimensiones claramente diferenciadas se utilizó las recomendaciones de David¹¹ para incluir indicadores con IVC >0,80.

Se calculó la probabilidad de acuerdo por azar entre expertos mediante la fórmula propuesta por Hocl et al^{13, 14} $Pa = [N!A!(N-A)!] \cdot 0.5$ donde N es el número de expertos, A el número de acuerdo con buena relevancia (3 o 4 en la escala de Likert) y 0.5 la constante de esta prueba binomial, con el fin de descartar los acuerdos fruto del azar.

Para el análisis de la pertinencia, se utilizó el índice de acuerdo entre jueces de Wynd et al¹⁵ conocido como índice Kappa. Este tiene en cuenta el número de jueces y el número de clasificación de posibilidades. Se utilizó la fórmula corregida con la probabilidad de acuerdo por azar $K^* = (IVC - Pa) / (1 - Pa)$. La decisión o "taken action" se tomó con relación al grado de concordancia para el índice kappa propuesta por Sánchez et al¹⁶ y utilizada en el NOC⁹: eliminación de los indicadores con valoración mala, pobre y moderada (<0.20, 0.21-0.40 y 0.41-0.60 respectivamente), modificación en evaluaciones buenas (0.61 a 0.80) e incluir los indicadores con evaluaciones excelentes (>0.81)

Mediante el análisis cualitativo de categorización se analizaron las propuestas de redacción alternativa de la etiqueta y definición.

RESULTADOS

En la construcción del NOC participaron 6 expertos: 4 con formación enfermera, 1 con formación en actividad física y deporte y 1 con el doble perfil. A nivel asistencial 5 de los 6 perfiles trabajan en actividades relacionadas con el campo de estudio con una media superior a los 15 años, en docencia universitaria 4/6 con más de 13 años de experiencia y a nivel investigador 4/6 con más de 12 años, siendo 2 de los perfiles doctorados.

En la 1ª ronda se propusieron la definición conceptual del nuevo NOC y un total de 83 indicadores de resultado (IR). En la 2ª ronda se recogía la opinión de la etiqueta y definición del NOC. Los indicadores se agregaron en 11 categorías. Los expertos valorizaron y compararon los 83 indicadores obteniendo 39 IR distintos que fueron jerarquizados utilizando una escala Likert de 5 puntos (tabla 1).

La versión definitiva del NOC fue el resultado del análisis de la 2ª ronda, y en ella se incluyeron 12 IR que obtuvieron una valoración buena (5) y excelente (7) (marcados en la tabla 1). Los IR con una valoración excelente fueron incluidos directamente, mientras que los valorados como buenos fueron modificados con los comentarios de los expertos e incluidos en la versión final. La media del índice kappa corregido de los indicadores incluidos (12/39) fue de $K=0,923$, el índice de validez de contenido $IVC=0,929$ i el índice de probabilidad de acuerdo por azar $Pa=0,04$. Los resultados para el conjunto de los 39 indicadores jerarquizados fueron $K=0,52$, $IVC=0,65$ i $Pa=0,20$.

Para la etiqueta y definición se siguieron las normas de estandarización del NOC⁹:

Etiqueta: *Conducta de cumplimiento: ejercicio prescrito.*

Definición: *Acciones personales y/o grupales recomendadas por un profesional de la salud para mejorar y/o mantener el nivel de actividad y ejercicio físico.*

Tabla 1. Construcción del NOC Conducta de Cumplimiento: Ejercicio prescrito mediante panel de expertos con técnica Delphi

Categoría	Indicador	Rel.	IVC	Pa	K	Valoración	Decisión
Actitud	Acepta la realización de actividad y/o ejercicio como parte del tratamiento de su enfermedad	6/6	1,00	0,016	1,000	Excelente	Incluido
Estilo de vida	Evita conductas sedentarias	2/6	0,33	0,234	0,130	Pobre	Eliminado
	Desarrolla estrategias para cambiar los hábitos de actividad y/o ejercicio físico y evitar conductas sedentarias	5/6	0,83	0,094	0,816	Bueno	Modificado
	Modifica horarios habituales para poder realizar la actividad física	3/6	0,50	0,313	0,272	Pobre	Eliminado
	Se involucra y modifica el cambio de hábitos de su vida cotidiana	4/6	0,67	0,234	0,565	Moderado	Eliminado
	Intenta ser más activo en las actividades de su día a día (ejemplo: subir escaleras en vez de subir por el ascensor)	4/6	0,67	0,234	0,565	Moderado	Eliminado
Objetivos	Considera alcanzables los objetivos de ejercicio prescritos por el profesional	4/6	0,67	0,234	0,565	Moderado	Eliminado
	Considera adecuada a sus necesidades la prescripción y los objetivos	3/6	0,50	0,313	0,272	Pobre	Eliminado
	Cumple las recomendaciones y objetivos marcados de Ejercicio Físico	3/6	0,50	0,313	0,272	Pobre	Eliminado
	Participa activamente en el establecimiento de los objetivos de un programa de actividad y/o pautas de ejercicio físico con el profesional	5/6	0,83	0,094	0,816	Bueno	Modificado
Barreras	Se cree capaz de superar las barreras que puedan afectar a la práctica	3/6	0,50	0,313	0,272	Pobre	Eliminado
	Planifica estrategias para superar las barreras que puedan perjudicar la consecución de los objetivos (falta de tiempo, motivación, recursos,...)	6/6	1,00	0,016	1,000	Excelente	Incluido
	Verbaliza cambio de actitud frente a problemas cotidianos, positividad	4/6	0,67	0,234	0,565	Moderado	Eliminado
	Utiliza recomendaciones externas para adecuar la actividad y/o ejercicio físico a las evoluciones en el tiempo(guías, trípticos, consejos de salud)	5/6	0,83	0,094	0,816	Bueno	Modificado
	Se cree capaz de realizar las pautas de EF establecidas a largo plazo	3/6	0,50	0,313	0,272	Pobre	Eliminado
Planificación	Acepta la prescripción de actividad física (AF) o ejercicio físico (EF) del profesional sanitario	3/6	0,50	0,313	0,272	Pobre	Eliminado
	Planifica las actividades físicas de la vida diaria de acuerdo con las recomendaciones del profesional sanitario	4/6	0,67	0,234	0,565	Moderado	Eliminado
	Se involucra en el cambio de hábitos para superarse en la práctica diaria y planifica su rutina diaria teniendo en cuenta sus posibilidades	6/6	1,00	0,016	1,000	Excelente	Incluido
	Conserva la hoja de prescripción de ejercicio físico	2/6	0,33	0,234	0,130	Pobre	Eliminado
	Realiza las pautas de EF en los días que se salen de la rutina habitual	3/6	0,50	0,313	0,272	Pobre	Eliminado
	Realiza las pautas de EF pese a tener contratiempos o imprevistos	3/6	0,50	0,313	0,272	Pobre	Eliminado
Realización actividad física	Verbaliza positivamente el incremento de actividad y los beneficios que ha notado (andar, subir escaleras,...)	5/6	0,83	0,094	0,816	Bueno	Modificado
	Comunica adaptar las actividades de la vida diaria a las recomendaciones	4/6	0,67	0,234	0,565	Moderado	Eliminado

	Utiliza las oportunidades de desplazamiento para mejorar su nivel de actividad	3/6	0,50	0,313	0,272	Pobre	Eliminado
	Selecciona actividades para mejorar el nivel de actividad	3/6	0,50	0,313	0,272	Pobre	Eliminado
Realización ejercicio físico	Utiliza un programa de ejercicios eficaz	2/6	0,33	0,234	0,130	Pobre	Eliminado
	Realiza las pautas prescritas por el profesional de ejercicio físico	3/6	0,50	0,313	0,272	Pobre	Eliminado
	Comunica al profesional de la salud la práctica habitual recomendada por las Guías Europeas de al menos 30 minutos de ejercicio físico aeróbico al menos 5 días a la semana (caminar, correr, ir en bici,...)	6/6	1,00	0,016	1,000	Excelente	Incluido
	Adapta el ejercicio físico a sus posibilidades y selecciona ejercicios adecuados	2/6	0,33	0,234	0,130	Pobre	Eliminado
Precauciones	Evita actividades que no sean recomendadas por el profesional de salud con otros factores de riesgo, enfermedades colaterales o interacción con medicamentos	6/6	1,00	0,016	1,000	Excelente	Incluido
	Modifica correctamente el programa de actividades o ejercicios ante cambios imprevistos	4/6	0,67	0,234	0,565	Moderado	Eliminado
	La práctica de actividad se ajusta a las recomendaciones establecidas	3/6	0,50	0,313	0,272	Pobre	Eliminado
	Conoce los signos de alarma ante los que tiene que modificar el programa pautado (claudicación intermitente, hipo-hiperglucemia, dolor precordial,...)	5/6	0,83	0,094	0,816	Bueno	Modificado
	Se hidrata correctamente	4/6	0,67	0,234	0,565	Moderado	Eliminado
Control	El paciente controla las cifras tensionales	4/6	0,67	0,234	0,565	Moderado	Eliminado
Registro y evaluación	Monitoriza y registra su programa de ejercicios habitual	2/6	0,33	0,234	0,130	Pobre	Eliminado
	Utiliza registro de actividad/ejercicio realizado según indicaciones del profesional de la salud	3/6	0,50	0,313	0,272	Pobre	Eliminado
	Aporta un diario para monitorizar cifras tensionales y actividad/ejercicio realizado a lo largo del tiempo: cantidad (mínimo de 30 minutos diarios de actividad moderada), frecuencia (regularidad y días a la semana) e intensidad (ligera, moderada o intensa, medidores de frecuencia, podómetros, acelerómetros,...)	5/6	1,00	0,016	1,000	Excelente	Modificado
Creencias	Se pactan actividades y/o ejercicios compatibles con las creencias culturales (ej. mujer musulmana que lleva shador no le recomendamos la natación)	6/6	1,00	0,016	1,000	Excelente	Incluido

Rel = Relevancia; IVC = Índice Validez Contenido; Pa = probabilidad de acuerdo por azar; K= kappa modificado (fórmulas detalladas en análisis).

DISCUSIÓN

Para la construcción del nuevo NOC se pensó en indicadores que fueran fáciles de utilizar y que aportaran soluciones a las necesidades actuales, tal y como se recomienda en las conclusiones de la fase III del estudio de evaluación de los resultados en la práctica de la 4ª ed. del NOC⁹.

Oermann et al ¹⁷ enuncia que la investigación de la efectividad de los resultado es un aspecto obligatorio en la práctica enfermera basada en la evidencia. Apuntando en esa dirección los 12 indicadores de la versión final (tabla 1) están pensados para ser utilizados en la evaluación de la efectividad de las intervenciones enfermeras.

CONCLUSIONES

A la luz de los resultados, el NOC Conducta de Cumplimiento: ejercicio prescrito construido es un instrumento válido y fiable.

Disponer de los indicadores incluidos en el nuevo NOC puede aportar precisión en la definición de intervenciones para enfermeras en diferentes campos, especialmente la clínica.

Una vez construido el nuevo NOC, mediante técnicas cuanti-cualitativas, se continuará con la validación en población de estos indicadores para conocer su utilidad en la práctica diaria.

AGRADECIMIENTOS

A Xavier Gómez y Javier Trujillano por su labor pedagógica con el cálculo estadístico.

BIBLIOGRAFÍA

Saez M, Barceló MA. Coste de la hipertensión arterial en España. *Hipertens y Riesgo Vasc.* 2012; 29(4): 145–51.

Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2013 Jul; 34(28): 2159–219.

Bagur, C; Serra Grima, R. Prescripción de ejercicio físico para la salud. Ed. Paidotribo. Barcelona: 2004.

American College of Sports Medicine. Manual ACSM para la valoración y prescripción del ejercicio". Barcelona: 2014. Ed. Paidotribo: 2ª Edición

Abellán J, Sainz de Baranda P, Ortín E. Guía para la prescripción del ejercicio físico en pacientes con riesgo cardiovascular. Sociedad Española de Hipertensión – Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial SEH-LELHA. 2010. Disponible en: <http://www.seh-lelha.org/pdf/GuiaEjercicioRCV.pdf>

Guitard Sein-Echaluce ML, Puig-gros JT, Justríbó DF, Vilaplana JMG, Orduna MM, Barberá EMA. Cumplimiento de las recomendaciones sobre actividad física en personas hipertensas asistidas en atención primaria. *Gac Sanit.* 2013; 27(4): 365.

NANDA-Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013

Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed.: Elsevier España; 2009.

Moorhead S. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Elsevier España; 2009.

Haladyna, T. *Developing and validating multiple-choice test items*. New York: Lawrence Erlbaum Associates. 2004

Delago-Rico E, Carretero-Dios H, Ruch W. Content validity evidences in test development: An applied perspective. *Int J Clin Health Psychol*: 2012; (12)

Berg-Weger, M., Tebb, S.S., Lee, E.S., and Rauch, S. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research*, 2003 27,94-104

Hocl P. Introducción a la Estadística Matemática. Ed Ariel. Barcelona: 1976.

Bellido-Vallejo Jc, Rodríguez-Torres M, López-Medina IM, Pancorbo-Hidalgo PL. Adaptación cultural y validación de contenido del resultado "nivel de dolor" de la Clasificación de Resultados de Enfermería. *Enf Clin*. 2013; 23 (4): 154-159

Devriendt E, Van den Heede K, Coussement J, Dejaeger E, Surmont K, Heylen D, Schwendimann R, Sexton B, Wellens NI, Boonen S, Milisen K. Content validity and internal consistency of the Dutch translation of the Safety Attitudes Questionnaire: an observational study. *INy J Nurs Stud*. 2012; 49: 327

Sánchez P, Aguilar I, Fuentelsaz C, Moreno MT, Hidalgo R. Fiabilidad de los instrumentos de medición en ciencias de la Salud. *Enferm Clin*. 2005; 15 (4): 227-36

Oermann M, Huber D. New horizons. *Outcomes Management for nursing practice*, 1 (1): 1-2

PRECEDENTES DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN LOS HOSPITALES ESPAÑOLES DEL SIGLO XVII

AUTOR/ES

Manuel Jesús García Martínez*

Antonio Claret García Martínez**

*Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla.

**Departamento de Historia II y Geografía. Facultad de Humanidades. Universidad de Huelva.

Porque de todo esto ha menester estar informado el enfermero, para lo qual le ayudará el enfermo con su relación y, el enfermero, con esto, podrá mejor gobernar su enfermo y informar mejor al Médico para consecución de la cura.

“Regimiento en las tercianas dobles”

Directorio de enfermeros (450).

INTRODUCCIÓN

Dada la trascendencia que en las últimas décadas está alcanzando el tema de la nomenclatura, taxonomía y diagnósticos enfermeros, y este *X Simposium* de AENTDE es una buena muestra de ello, hemos decidido presentar una comunicación que nos invite a la reflexión sobre los antecedentes de la Enfermería desarrollada en España en los siglos XVI y XVII en base a las aportaciones que desde la investigación histórica van viendo la luz en los últimos años; aportaciones que ponen de manifiesto el empleo de una metodología científica en el trabajo enfermero.

Señalaba la Dra. Quero Rufián³⁸ en las *IX jornadas de Trabajo de AENTDE*, creemos que de forma muy acertada, que “la clínica es el ámbito de las Taxonomías enfermeras (NANDA, NIC, NOC)”. Les invitamos a hacer un viaje en el tiempo para conocer el trabajo desarrollado por estos profesionales: sus conocimientos y lenguaje empleado.

En España se ha desconocido hasta hace relativamente pocos años el desarrollo histórico y evolución de la práctica enfermera, hasta el punto de ignorar por completo la existencia de tratados compuestos e impresos en España desde finales del siglo XVI y que muestran las innovaciones introducidas en la prestación de cuidados en la España del Renacimiento, la ruptura que se produce con toda una forma de cuidar basada en componentes poco o nada científicos aplicados durante

³⁸ Quero Rufián, Aurora. “La importancia de investigar en Taxonomías”. Ponencia. IX Jornadas de Trabajo de AENTDE. Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. AENTDE. (Editores). “Construyendo estructuras de investigación”. Barcelona. 2013, p. 12.

buena parte de la Edad Media y el nombre de enfermeros que, imbuidos del espíritu humanista, buscaron la adaptación de los cuidados enfermeros al campo de las ciencias de la salud en plena transformación, movida por los avances científicos. En este contexto, entendemos la investigación histórica como un instrumento de reivindicación profesional y justicia social, al hacer visibles a las personas y sus aportaciones, que fueron transformando la asistencia sanitaria en España durante las últimas centurias.

OBJETIVOS

Nuestro trabajo de investigación histórica se centra en la búsqueda de los antecedentes de una práctica enfermera científica, basada en la observación y en la experimentación y la consecuente aplicación de los resultados obtenidos a través de ambas prácticas. Con el estudio de los tratados españoles del siglo XVII para la formación de los enfermeros se puede conocer cómo en esta centuria estaban desarrollándose en muchos hospitales españoles unas prácticas clínicas que podrían considerarse antecedentes de lo que actualmente se denomina "proceso de atención de Enfermería", con sus distintas etapas, entre ellas la primera, la de "valoración", que nos conducirá al establecimiento de un "diagnóstico enfermero".

Con este estudio deseamos poner en valor la tradición de la Enfermería española y a los enfermeros como pioneros en la fundamentación de una Enfermería que se podría considerar como "moderna y científica".

Así, para este *X Simposium* hemos creído adecuado dar a conocer las propuestas que en materia de valoración y "diagnóstico" enfermera se enseñaba gracias a un grupo de reformistas enfermeros españoles a comienzos del siglo XVII. Con ello pretendemos contribuir, aunque sea mínimamente, a su reconocimiento por los profesionales enfermeros de nuestra época, ubicando todo ello en su contexto histórico, remarcando que ya desde mucho tiempo atrás atrajo la atención de los enfermeros que nos antecedieron en nuestra profesión la necesidad de perfeccionar el método y promover su mejora y aplicación. Varias generaciones de enfermeros ya tuvieron la visión que hoy tenemos de la conveniencia de trabajar con una metodología científica, como la actual de los diagnósticos enfermeros, por los resultados que proporcionaban en la mejora de la prestación de cuidados en los hospitales.

MATERIAL Y MÉTODO

Como todo trabajo de investigación histórica, el material empleado para nuestro estudio está conformado por un amplio conjunto de fuentes históricas, en concreto, fuentes escritas. Tratados compuestos por enfermeros españoles, que fueron resultado de sus experiencias personales en el cuidado de los enfermeros en hospitales españoles, y otra documentación que complementa a estos textos.

Cuando en 1989 leímos por primera vez *Instrucción de enfermeros*, de Andrés Fernández, enfermero obregón (impreso en 1617 y que conoció siete ediciones entre los siglos XVII y XVIII), y unos años después *Directorio de enfermeros*, de Simón López, terminado en 1651 el primero borrador y en 1668 el manuscrito definitivo, empezamos a conocer y comprender el largo camino que había seguido la Enfermería española hasta llegar a la situación actual, que no es más, sin lugar a dudas, que otra etapa intermedia. Ambos libros fueron concebidos por sus autores desde la nueva concepción científica que se abría paso en ese período. Por dar sólo un dato, en las 585 páginas del manuscrito *Directorio de enfermeros* su autor cita nada menos que 92 obras y 50 autores, entre antiguos (Galeno, Hipócrates, Aristóteles) y modernos (Lobera, Laguna, Fragoso...)³⁹.

Los presupuestos teórico-prácticos que recogen ambos tratados han venido siendo confirmados en todos estos años con otros importantes documentos relacionados con el mundo de la sanidad en España, como las constituciones de hospitales y órdenes dedicadas a la prestación de cuidados; la legislación promulgada por la Corona; los libros de administración de hospitales y una larga lista de fuentes escritas y de otra naturaleza que informan de la preocupación por la mejora sanitaria del Reino.

El método de trabajo ha consistido en una lectura sistemática y rigurosa de estos tratados enfermeros y las constituciones de los hospitales; un análisis de la información contenida y una organización de los datos extraídos. A partir de ahí, hemos podido comprobar a través de la comparación con la técnicas y procedimientos actuales, la presencia en estos textos de prácticas que se podrían identificar, a grandes rasgos, con las distintas etapas del PAE, necesarias para la elaboración de los “diagnósticos enfermeros”.

RESULTADOS

Durante la lectura de estos tratados enfermeros hemos localizado un conjunto amplio de técnicas y procedimientos, similares a los actuales protocolos enfermeros, basados en las teorías del método científico. A continuación se muestran sólo algunas referencias para documentar nuestra tesis de partida, dada la limitación espacial del trabajo.

La elaboración de un diagnóstico enfermero requiere partir de la fase previa: la *valoración* y, para ello, se hace necesario la correspondiente recogida de información mediante el examen físico, signos y síntomas, y la entrevista, analizándose posteriormente todos los datos obtenidos. Partimos, pues, de la OBSERVACIÓN del paciente por parte del enfermero para

³⁹ Un estudio introductorio del manuscrito, realizado por los autores de la comunicación, puede consultarse en López, Simón. *Directorio de Enfermeros y artífice de obras de caridad para curar las enfermedades del cuerpo*. Estudio, transcripción e índices a cargo de Antonio Claret García Martínez y Manuel Jesús García Martínez. Biblioteca de Clásicos de la Enfermería Española, n.º 1. Sevilla. Consejo General de Enfermería de España; 2001, pp. 1-98.

completar la fase de valoración. A ello dedicamos las siguientes líneas con referencias textuales de las obras citadas.

Para dar de comer a los enfermos que padecían tercianas, el enfermero debía:

"También tendrá cuidado el enfermero a qué hora da la calentura al paciente, para que el médico diga a qué hora se le dará de comer, porque del dar de comer cerca de las accessiones hemos visto grandes desgracias. Y, assí, es muy necessario tener mucho cuidado con la hora, assí para la comida como para hazer los remedios, porque hemos visto sangrar cerca de la terciana y ser necessario darle luego los Sacramentos"⁴⁰.

Cuando el médico prescribía al paciente que se le hiciese una embrocación, el autor Andrés Fernández recomendaba al enfermero:

"En los hospitales es menester mirar más con tiento esta doctrina. Acontece que en las visitas de las mañanas halle el médico un enfermo frenético delirando y con el sentido que lleva en tantos enfermos, no repara en aquél más que en la necesidad presente y sin examinar el tiempo, dize: hágase luego una embrocación; en tal caso, es menester que el enfermero haga reparar al médico y le aduerta que en las enfermerías con ventanas y puertas abiertas y con la gente que anda por ellas, mal puede el tal enfermo dormir"⁴¹.

Valorar la evolución del paciente formaba parte del trabajo enfermero, como en los casos siguientes, en el seguimiento de las tercianas dobles o en la administración de un determinado tratamiento que podía provocar diarreas al enfermo:

"Y, por esto, diré al enfermero algunas reglas que ha de obserbar en estas terçianas, para açertar en el gobierno de ellas y, sea la primera, inquirir fielmente a qué hora le bino la terçiana al enfermo el primer día y a qué hora la segunda y, assí, deste modo, en las que se siguieren, notando si tiene correspondencia la una con la otra, assí en la hora de benir como en la hora del quitarse, y si se adelanta la una a la otra o si es mayor la una que la otra y, finalmente, si se antiçipa o se pospone la una y no la otra"⁴².

"[...] Y tendrá el enfermero cuidado de aduertir al médico si el paciente tiene muchas cámaras, para que le quite la untura de Artanita y Agripa o xarabe, porque no le debiliten"⁴³.

⁴⁰ Fernández, Andrés. Instrucción de Enfermeros para aplicar los remedios a todo género de enfermedades y acudir a muchos accidentes que sobreuenen en ausencia de los médicos. Imprenta Real. Madrid, 1625, p. 148.

⁴¹ *Ibídem*, p. 11. Capítulo II. A dónde o cómo se haze la embrocación.

⁴² López, Simón. Directorio de Enfermeros y artífice de obras de Caridad para curar las enfermedades del cuerpo. Con la práctica de sauer aplicar las Mediçinas que ordenan los Médicos con el mejor arte y Método que ai en ella. Según los Doctores, Anatomistas que enseñan y señalan las partes de nuestro cuerpo / donde se han de haçer. Manuscrito 259. [Año 1668]. Biblioteca Universitaria de Salamanca, párrafo 450.

⁴³ Obra citada, Fernández, Andrés, Instrucción de enfermeros, p. 49. Capítulo XVI. De la untura del vientre y de su sitio, diafinicones y crustapanes.

A la hora de ejecutar una determinada técnica, como la de “bañar al paciente”, el enfermero debía observar su constitución física y proceder en consecuencia:

"Tendrá cuydado particular el diligente enfermero que si el enfermo estuuiere flaco y debilitado, no le pierda de vista, por si acaso le sobreuiniessse algún accidente, como desmayo o otra cosa semejante y, en tal caso, cerradas las ventanas [...]"⁴⁴.

Una adecuada entrevista con el paciente y su familia es la base de una correcta valoración y el posterior diagnóstico enfermero. Andrés Fernández así lo manifiesta repetidas veces en su obra, bien al ingreso del paciente, bien cuando se le iba a administrar un tratamiento, caso de la purga:

"Y, assí, el enfermero prudente haga las preguntas siguientes, antes de dársela [la purga]. Si se ha purgado alguna uez, si retiene las purgas que le han dado otras ueçes o si las vomita y, de las respuestas, sacará el enfermero lo que deue haçer"⁴⁵.

"Y nformado de lo que ay, se harán los remedios como aora se dirán, o sus semejantes"⁴⁶.

"Aduertencia quarta. Cuydado si viene fatigado, preguntar cuántos días ha que está enfermo.

"Tendrá cuydado el enfermero quando recibe el enfermo, particularmente si viene fatigado y no puede hablar, que a los que le truxeren o le vinieren a visitar, digan cuántos días ha que está enfermo y qué remedios le han hecho para que, quando el médico viniere, le dé relación y, recibida, pueda passar adelante con los mismos remedios començados"⁴⁷.

Junto con la función dependiente –administración del tratamiento prescrito–, el enfermero tenía su campo de actuación, lo que denominaríamos hoy “función independiente”:

"Uno de los remedios más importantes a la salud de los enfermos es procurar el enfermero saber cómo les ha de dar el agua, porque tanto daño le puede hazer en quitársela demasiado como en dársela demasiada y, assí, ha de auer en esto mucha prudencia [...], por donde el buen enfermero ha de estar preuenido de doctrina antes de tal necessidad y, assí, no se puede dar regla general sino dexallo a la prudencia del buen enfermero [...]"⁴⁸.

El paciente ocupa el lugar central en el trabajo del enfermero. Valorar sus necesidades e intentar satisfacerlas está entre sus tareas prioritarias, como la de facilitarle el descanso:

⁴⁴ Ibídem, p. 71. Capítulo XXIII. *Cómo se han de hazer los baños.*

⁴⁵ Obra citada, López, Simón, Directorio de enfermeros, párrafo 578.

⁴⁶ Ibídem, párrafo 189.

⁴⁷ Obra citada, Fernández, Andrés, Instrucción de enfermeros, pp. 117-118. Capítulo XXVI. *De algunas aduertencias quando mandan los médicos hazer muchos remedios, cuál se hará primero.*

⁴⁸ Ibídem, pp. 132-133. 11. *Saber cómo se ha de beuer y cuántas vezes al día.*

"[...] porque todos estos beneficios miran y tienen un fin y es que el paciente duerma y repose; y, si se durmiere, no se le han de hazer estos remedios"⁴⁹.

Hace casi dos décadas, en 1996, se constituye AENTDE con el propósito de organizar y fomentar el conocimiento y la utilización de las nomenclaturas enfermeras, como contribución específica al desarrollo del rol propio y de la ciencia enfermera, en beneficio fundamentalmente de la salud de los ciudadanos. Creemos que estos tratados enfermeros que analizamos contribuyen con esa finalidad de desarrollar la propia profesión, asentándose sobre tres sólidos pilares: el conocimiento, una metodología de trabajo y la identidad profesional.

Sobre la importancia del empleo de una metodología, Simón López, ya desde el título de su obra, lo deja bien claro:

"Directorio de enfermeros y artífice de obras de caridad para curar las enfermedades del cuerpo. Con la práctica de sauer aplicar las Mediçinas que ordenan los Médicos con el mejor arte y Méthodo que ai en ella.

[...] Dedicado a todos los que con caridad desean haçer este ofiçio Methódicamente"⁵⁰.

En el Prólogo, insiste en que el enfermero lleve a cabo su trabajo de forma metódica:

"Para lo qual, procuren, con la graçia de Dios y para instruir a los que comiençan a exerçer este ofiçio de enfermero, el buscar y inquirir el mejor méthodo y la mejor orden y modo de sauer aplicar las Mediçinas que los Médicos mandan y ordenan a sus tiempos [...]"⁵¹

Igualmente, es importante, según el autor, administrar la comida con las debidas medidas higiénicas y método, como en el caso de las calenturas tercianas dobles:

"Es de tan grande importançia el gobierno en las comidas y demás cosas que se administran y hechas a saçón a todo género de enfermos que, si se hiçiesen con la puntualidad y méthodo devido, no ay duda que pocas enfermedades serían mortales [...]"⁵².

Y, finalmente, en cuanto a la identidad profesional, los autores de los tratados dejan claro a quién van dirigidas sus obras, y la autonomía de este oficio, el de enfermero, señalando sus tareas y funciones, al mismo tiempo que se advierte lo que no se debe hacer por corresponder ese trabajo a otros profesionales –médico, barbero, cirujano–

PRÓLOGO

A los enfermeros, que son con quienes tengo de hablar en todo este libro"⁵³.

⁴⁹ Ibídem, p. 18. Capítulo III. Cómo y cuándo se ha de hazer la Untura de Populeón, dormideras y almendradas.

⁵⁰ Obra citada, López, Simón. *Directorio de Enfermeros...*, Portada.

⁵¹ Ibídem, p. VIII.

⁵² Ibídem, párrafo 450.

⁵³ Ibídem, folio VIII. Prólogo.

"Comidas o manjares barios y muchos en los combites, qué daño hacen en su calidad y cantidad. Aunque esta regla no toca al enfermero en todo, en parte no es malo que tenga noticia destas cosas, pues todas conducen para el buen gobierno de los enfermos y sanos, para que no enfermen"⁵⁴.

"De los clísteres labatiuos y abstersiuos que se usan en el puxo y de la cantidad que ha llevar cada clister [...]. No pongo la composición destes clísteres porque eso toca al Médico y también porque no se atreuan a hacerlo sin su orden"⁵⁵.

"[...] y, quando la duda fuere grande o tubiere algunas çircunstançias, preguntarlo al Médico quando visitare"⁵⁶.

CONCLUSIONES

Los enfermeros españoles llevan a cabo desde finales del siglo XVI una reflexión teórica sobre la prestación de cuidados dirigida hacia su adaptación a la nueva mentalidad devenida de los ideales humanistas, que incluirán el abandono de ancestrales prácticas basadas en formulaciones mágico-religiosas y la incorporación de una nueva praxis enfermera en donde puede contemplarse unos claros antecedentes del actual proceso de atención de enfermería y de los actuales diagnósticos enfermeros.

BIBLIOGRAFÍA

I. Fuentes

López, Simón. *Directorio de Enfermeros y artífice de obras de Caridad para curar las enfermedades del cuerpo. Con la práctica de sauer aplicar las Mediçinas que ordenan los Médicos con el mejor arte y Méthodo que ai en ella. Según los Doctores, Anatomistas que enseñan y señalan las partes de nuestro cuerpo / donde se han de haçer*. Manuscrito 259. [Año 1668]. Biblioteca Universitaria de Salamanca.

Fernández, Andrés. *Instrucción de Enfermeros para aplicar los remedios a todo género de enfermedades y acudir a muchos accidentes que sobreuenen en ausencia de los médicos*. Imprenta Real. Madrid, 1625.

II. Bibliografía general

- Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería.
- AENTDE. (Editores). IX Jornadas de Trabajo AENTDE. "Construyendo estructuras de investigación". Barcelona. AENTDE. 2013.

⁵⁴ Ibídem, párrafo 282.

⁵⁵ Ibídem, párrafo 288.

⁵⁶ Ibídem, párrafo 435.

- García Martínez AC, García Martínez MJ, Hernández Martín FJ, Pérez Melero A, Pinar García ME. Presentación y análisis de la obra Instrucción de Enfermeros. Aproximación a la Enfermería Española de los Siglos XVI-XVII. Madrid. Consejo General de Enfermería; 1993.
- García Martínez MJ, García Martínez, AC, Valle Racero JI. Ficha bibliográfica n.º 4: Instrucción de Enfermeros. Híades. Revista de Historia de la Enfermería. 1995; 2: 91-99.
- García Martínez MJ, García Martínez, AC, Valle Racero JI. Ficha bibliográfica n.º 5: Directorio de Enfermeros. Híades. Revista de Historia de la Enfermería. 1995; 2: 101-110.
- García Martínez MJ. El Método en la Enfermería. Una mirada desde la Historia (siglo XVII)". *Metas de Enfermería*. 2004; 7 (10): 58-64.
- Hernández Martín FJ (coordinadora). Historia de la Enfermería en España (desde la Antigüedad hasta nuestros días). Madrid. Editorial Síntesis, S. A.; 1996.
- López, Simón. Directorio de Enfermeros y artífice de obras de caridad para curar las enfermedades del cuerpo. Estudio, transcripción e índices a cargo de Antonio Claret García Martínez y Manuel Jesús García Martínez. Biblioteca de Clásicos de la Enfermería Española, n.º 1. Sevilla. Consejo General de Enfermería de España; 2001.

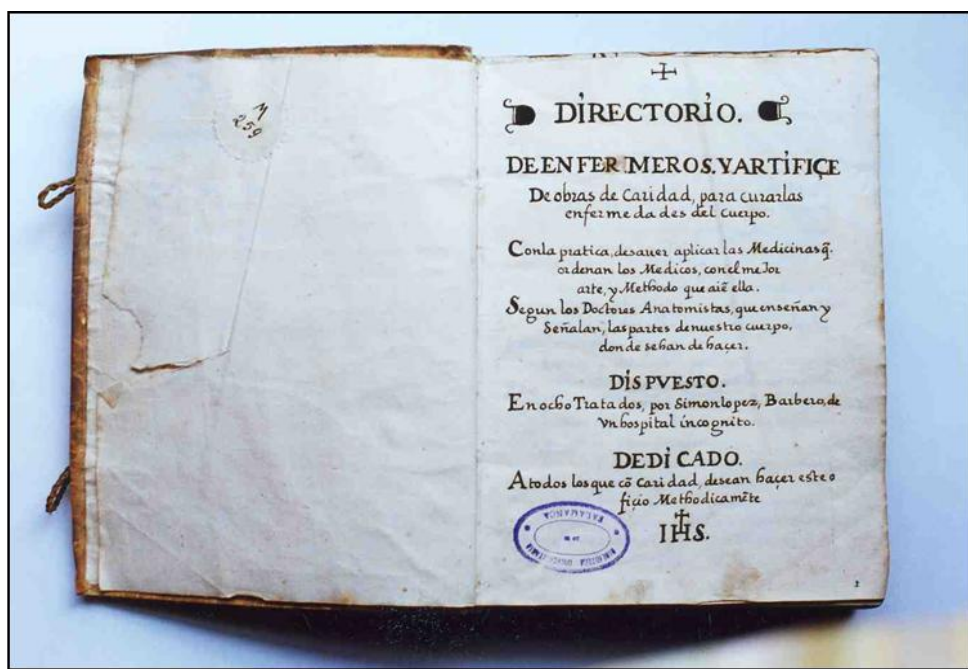


Fig. 1. Entradilla manuscrita a modo de portada de "Directorio de Enfermeros", compuesto por Simón López, enfermero y barbero y terminado en 1651.

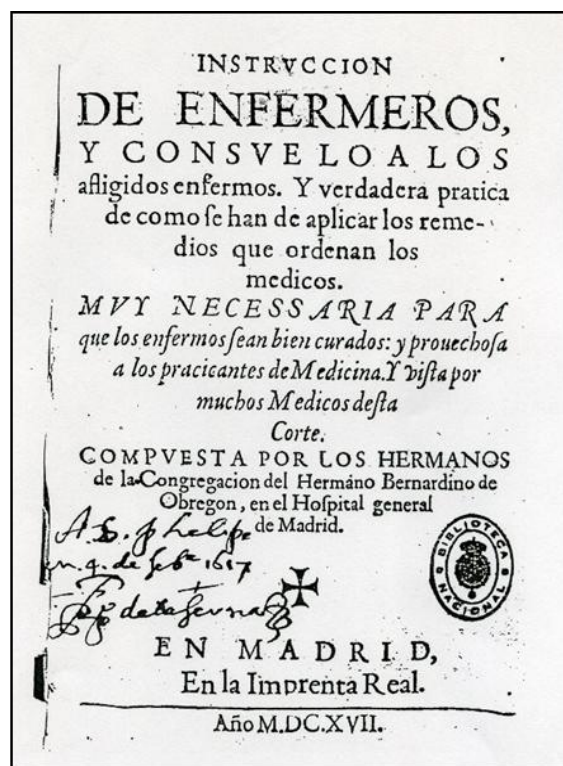


Fig. 2. Portada de "Instrucción de Enfermeros", impresa su primera edición en Madrid en 1617, y elaborada por los enfermeros de la Congregación de Enfermería fundada por Bernardino de Obregón en el tercer cuarto del siglo XVI.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MÁS PREVALENTES EN INICIARE

AUTOR/ES

Sánchez Domingo, Marta; Muñoz Serrano, María Eugenia; López-Barajas Hernández, Beatriz; Merino Ruiz, Rosario; Muñoz Yélamo, Almudena; Lorite Cobo, Amelia

PALABRAS CLAVE

Escala Iniciare 2.0, diagnósticos de enfermería.

INTRODUCCIÓN

Desde hace dos años el hospital alto Guadalquivir junto con el hospital de Montilla y Jaén colabora con un proyecto de investigación cuya finalidad es validar y comprobar la eficacia de la escala Iniciare 2.0 en nuestro ámbito laboral. Esta escala nos facilita la realización de la primera fase del proceso enfermero "Valoración del paciente" según las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Cada necesidad se compone de una serie de indicadores (NOC), que han sido elegidos para que mediante su evaluación, nos faciliten la detección de posibles diagnósticos enfermeros presentes en los pacientes y que determinaran nuestro trabajo "diagnosticar y planificar". Cada indicador será puntuado mediante una escala linkert del 1 al 5; siendo el valor 1 la situación peor deseada y el valor 5 la situación mejor deseada. Podemos obtener en total una puntuación máxima de 300 puntos (independencia) y una mínima de 60 puntos (mayor nivel de dependencia).

Existe evidencia científica que confirma que son los resultados de los indicadores (NOC) los datos más fiables para detectar y confirmar un diagnóstico enfermero; como defiende el método DREOMen la metodología enfermera. Las características definitorias de muchos diagnósticos son muy inespecíficas, sin embargo, los indicadores de resultado pueden representar de forma más clara las manifestaciones de las respuestas humanas.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo es detectar los indicadores alterados con mayor frecuencia en nuestros pacientes para poder identificar los diagnósticos más comunes con los que nos encontramos y que facilitaría poder realizar planes de cuidados que posteriormente adaptaríamos a cada paciente, según la falta de conocimiento fuerza o voluntad causante de la respuesta humana alterada.

MATERIAL Y MÉTODO

Después de trabajar con esta escala INICIARE, llevamos a cabo un estudio descriptivo prospectivo sobre los diagnósticos enfermeros detectados con mayor prevalencia, en los pacientes ingresados en el hospital alto Guadalquivir durante la primera fase del proyecto de validación del inventario del nivel de cuidados mediante indicadores de la clasificación de resultados de enfermería INICIARE. Contamos con una muestra estratificada de 26 pacientes, la mitad pacientes quirúrgicos y la otra mitad no quirúrgicos. Los datos son recogidos en el periodo de febrero y abril del 2013.

RESULTADOS

Con respecto a los resultados, los indicadores más comunes son.

NECESIDAD ALTERADA	INDICADORES MAS FRECUENTES
RESPIRACION	Capacidad de eliminar secreciones Disnea de esfuerzo Cianosis
ALIMENTACION E HIDRATAACION	Acepta la comida Alteración del estado nutricional Deseo de comer
ELIMINACION	Diuresis Patrón de eliminación (sonda vesical)
MOVILIDAD Y MANTENER LA POSTURA	Camina con marcha eficaz Cambia de posición solo Se mueve con facilidad
REPOSO Y SUEÑO	Calidad del sueño Calidad del descanso Patrón del sueño
VESTIRSE	Se quita la ropa Se viste
MANTENER LA TEMPERATURA	No alterada. Clarificar entre necesidad humana y problema de colaboración.
HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS	Higiene Se lava el pelo
EVITAR PELIGROS	Necesidad poco alterada. Los pacientes reconocen los factores de riesgo y las amenazas.
COMUNICARSE Y RELACIONARSE	Necesidad poco alterada. Debido a los criterios de inclusión para el estudio iniciare, son pacientes que atienden y que tiene una comunicación clara para su edad.
CREENCIAS Y VALORES	Implicación requerida en decisiones sobre la salud
REALIZACION	Estado de ánimo deprimido
OCIO	Necesidad no alterada
APRENDER	Busca información sobre el tratamiento

	Pregunta cuestiones Conductas que fomentan la salud Procedimiento terapéutico Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones.

Según los datos expuestos anteriormente los diagnósticos enfermeros más relevantes en nuestras unidades son:

<i>NECESIDAD</i>	<i>POSIBLE DIAGNOSTICO ENFERMERO</i>
RESPIRACION	Limpieza ineficaz de las vías aéreas Deterioro del intercambio gaseoso Patrón respiratorio ineficaz Riesgo de aspiración
ALIMENTACION E HIDRATACION	Desequilibrio Nutricional Déficit de volumen de líquidos Déficit de autocuidado, alimentación Nauseas- ¿problema de colaboración? Deterioro de la deglución
ELIMINACION	Incontinencia (riesgo) Estreñimiento
MOVILIDAD Y MANTENER LA POSTURA	Deterioro de la movilidad física Riesgo de síndrome de desuso Intolerancia a la actividad
REPOSO Y SUEÑO	Deterioro del patrón del sueño
VESTIRSE	Déficit de autocuidado. Vestido / acicalamiento
MANTENER LA TEMPERATURA	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal Hipotermia / hipertermia (PC)
HIGIENE E INTEGRIDAD DE PIEL Y MUCOSAS	Deterioro de la integridad cutánea Deterioro de la mucosa oral Déficit de autocuidado: baño e higiene.
EVITAR PELIGROS	Cansancio en el desempeño del rol de cuidador Riesgo de cansancio del cuidador Afrontamiento ineficaz Negación ineficaz Manejo inefectivo del régimen terapéutico Incumplimiento del tratamiento (especificar) Manejo efectivo del régimen terapéutico Infección, riesgo Dolor agudo Dolor crónico

	Duelo disfuncional Duelo anticipado
COMUNICARSE Y RELACIONARSE	Comunicación verbal, deterioro de la Interacción Social, deterioro de la Aislamiento Social Riesgo de soledad
CREENCIAS Y VALORES	Impotencia Ansiedad ante la muerte
REALIZACION	Baja autoestima Deterioro de la adaptación
OCIO	Déficit de actividades recreativas
APRENDER	Conocimientos deficientes

CONCLUSIONES

En conclusión, podemos destacar que los diagnósticos más frecuentes en los pacientes hospitalizados en el hospital alto Guadalquivir en los periodos febrero y abril de 2013 y que podrían generalizarse a un perfil de paciente son los relacionados a las necesidades de respiración, eliminación, movilidad, reposo y sueño y seguridad. Siendo los diagnósticos los expuestos anteriormente.

Para terminar, hemos observado que esta escala INICIARE, a diferencia de otras como el Barthel o el Pfeiffer, nos permite de forma simultanea valorar las necesidades humanas y obtener los indicadores de la respuesta humana en una sola herramienta; ahorrando tiempo a la enfermera que lo realiza y facilitando posteriormente la elaboración de los informes de continuidad de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moorhead, S.; Johnson, M.; Maas, M.L.; Swanson, E; Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) elsevier españa 2009.
2. Mahoney FI, Wood OH, Barthel DW. Rehabilitation of chronically ill patients: the influence of complications on the final goal. South Med J 1958; 51: 605-609.
3. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index.MD Med J 1965; 14: 61-65
4. McCallum RC, widaman KF, ZHANG S, Hong S. Sample size in factor analysis, Psychological Methods. 1999; 4: 84-99.
5. Torres Merino B, Núñez González E, Pérez Hernández D de G, Simon Turriate JP, Alastuey Giménez C, Díaz Melián J, et al. Índice de Charlson versus índice de Barthel como predictor de mortalidad e institucionalización en una unidad geriátrica de agudos y media estancia. Rev Esp Geriatr gerontol. 2009; 44 (4): 209-12

6. San roman Terán CM, Guijarro Merino R, Servicios hospitalarios de medicina interna. Una descripción de la actividad en el Sistema Público de Andalucía en 2002. Rev Clin Esp. 2006; 206 (1): 4-1

7. Porcel Galvez AM, investigador principal del proyecto "Validación externa del inventario del nivel de cuidados mediante indicadores de la clasificación de resultados de enfermería (INICIARE) para la evaluación del nivel de dependencia en pacientes hospitalizados. Estudio Multicéntrico (INICIARE 2.0)" febrero.-abril 2013. Nº expediente PI-0828/2012.

GUÍA BASADA EN LA EVIDENCIA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA AL CUIDADOR FAMILIAR DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

AUTOR/ES

Eliana Guarín Suarez; Jenny Rojas Barbosa; Mónica Quemba Mesa; Lorena Chaparro Díaz.

PALABRAS CLAVE

Enfermedad Crónica, Cuidadores, Cuidados de Enfermería, Enfermería Basada en la Evidencia (Fuente: DeCS, BIREME).

INTRODUCCIÓN

El cuidador familiar es quien asume el cuidado de la persona con enfermedad crónica, para lo cual se hace responsable de innumerables actividades de cuidado, que lo hacen vulnerable a sufrir sobrecarga y síndrome del cuidador. El bienestar de la persona con enfermedad crónica y de su cuidador familiar son fenómenos de interés para enfermería.

OBJETIVO

Dar recomendaciones basadas en la evidencia científica en el marco de una guía a los profesionales de enfermería para dar un cuidado integral a los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en el proceso de la Atención Domiciliaria.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos y revistas científicas, aplicando criterios de pertinencia y rigurosidad investigativa, eligiendo un total de 45 publicaciones en diferentes idiomas. Estas fueron clasificadas de acuerdo a su nivel de evidencia y grado de recomendación, y se extrajeron recomendaciones de cuidado clasificados por temáticas.

RESULTADOS

Se obtuvo 26 recomendaciones de cuidado al cuidador familiar, distribuidas así: Salud física y Bienestar: 16; Alteración del estilo de vida: 6; Rendimiento (atención directa): 4; Salud emocional: 1. Estas recomendaciones se relacionaron con Intervenciones NIC, y se elaboró un flujograma de atención de enfermería a los cuidadores familiares haciendo uso de las Taxonomías NANDA, NIC y NOC.

CONCLUSIONES

En el cuidado de Enfermería al cuidador familiar deben contemplarse aspectos socioeconómicos, culturales e individuales, para dar un cuidado integral al binomio

cuidador/persona con enfermedad crónica. El uso de guías basadas en la evidencia científica y de las Taxonomías, dan validez y fortalecen a Enfermería.

SOLUCIÓN CREATIVA PARA EL APRENDIZAJE DE RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO EN ENFERMERÍA: SOFTWARE EDUCATIVO

AUTOR/ES

Miriam de Abreu Almeida, Amália de Fátima Lucena, Denise Tolfo Silveira, Aline Tsuma Gaedke Nomura, Maria do Carmo Rocha Laurent, Vera Lúcia Mendes Dias

PALABRAS CLAVE

Diagnóstico de Enfermería, Educación en enfermería, Software

INTRODUCCIÓN

La elaboración de diagnósticos de enfermería precisos se convierte en la selección de las intervenciones más adecuadas y en la mejora de los resultados alcanzados por el paciente.

OBJETIVO

Describir las etapas de construcción, aprobación y evaluación de software educativo para el aprendizaje del razonamiento diagnóstico en enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Proyecto de desarrollo que incluyó tres etapas: desarrollo y validación de casos clínicos; Construcción de software educativo para la elaboración de diagnósticos de enfermería; aprobación y revisión de software. Para crear este sistema, se utilizó el Rapid Application Development (RAD). El software fue construido con la tecnología.NET (Microsoft) y utiliza el ambiente de Visual Studio 2008.

RESULTADOS

El software fue construido en dos versiones con cinco estudios de casos validados por enfermeras especializadas. La primera versión, para los estudiantes y enfermeros, contiene el módulo principal, llamado Módulo de Estudio simulando la realización de un diagnóstico de enfermería basada en un estudio clínico. La segunda versión, para los profesores, contiene el módulo principal y el Módulo de Edición/Creación de Estudios Clínicos. El software fue evaluado y aprobado por cinco enfermeras, cinco profesores y cinco estudiantes de enfermería.

CONCLUSIONES

En dos años fue desarrollado el Software Educativo de Diagnóstico de Enfermería. Lo mismo será utilizado en el aprendizaje de razonamiento diagnóstico de los estudiantes de pregrado y a los enfermeros. Se espera que el uso de tecnologías computacionales permita realizar procesos

de enseñanza más creativos y ayude en la elaboración de diagnósticos de enfermería más precisos.

BIBLIOGRAFÍA

Herdman, TH (Ed.) NANDA International Nursing diagnosis: definitions & classification, 2012-2014.

Oxford: Wiley-Blackwell, 2012.

Almeida MA, Lucena AF, Franzen MC. Processo de enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed, 2011

VALIDACIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO TEMOR AL PROCESO DE MORIR MEDIANTE METODOLOGÍA DELPHI

AUTOR/ES

Lidia Fernández-Donaire, Pilar Fernández-Narváez, Amor Aradilla-Herrero, Montserrat Edo-Gual, Joaquín Tomás-Sábado, Cristina Monforte-Royo

PALABRAS CLAVE

Etiqueta diagnóstica; temor; proceso de morir; muerte; ansiedad; validación; NANDA; intervenciones de enfermería

INTRODUCCIÓN

Este trabajo constituye la última fase de un estudio financiado por el Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona (COIB), para definir y validar la etiqueta diagnóstica Temor al proceso de morir (TPM), así como evaluar las intervenciones enfermeras derivadas. Se justifica por el interés en establecer una diferenciación clara entre los conceptos ansiedad y miedo, favorecer la comunicación a través del lenguaje enfermero y su incorporación en registros electrónicos, y por desarrollar procesos de validación que favorezcan la utilización de planes de cuidados ajustados a la realidad asistencial.

OBJETIVOS

Evaluar la utilidad en la práctica clínica de las actividades de enfermería relacionadas con el diagnóstico TPM, mediante metodología Delphi.

MATERIAL Y MÉTODO

Para el proceso de evaluación se seleccionó un grupo de expertos con más de diez años de experiencia en el ámbito de cuidados paliativos. 10 enfermeras respondieron a un cuestionario autoadministrado que contenía 44 actividades de enfermería que habían sido consensuadas en una fase previa mediante un grupo nominal. Las expertas tenían que puntuar los ítems propuestos con una escala tipo Likert de 1 (muy adecuado) a 5 (totalmente inadecuado); el cuestionario a su vez contenía un apartado para aportaciones cualitativas.

RESULTADOS

A partir de la evaluación de los expertos, se consideraron inadecuadas y fueron eliminadas, aquellas actividades con puntuación mediana inferior a 3, considerándose adecuadas las 37 actividades restantes. También se añadieron algunas sugerencias formales propuestas por los expertos.

CONCLUSIONES

La validación de actividades de enfermería relacionadas con la etiqueta diagnóstica TPM contribuye a ampliar conocimientos sobre la utilidad de la taxonomía NANDA en la práctica. Por otro lado, resultaría conveniente ampliar el estudio incorporando a pacientes para conocer su opinión y confirmar su verdadera utilidad en la práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

Appoloni AH, Herdman TH, Napoleao AA, Campos de Carvalho E, Hortense P. Concept analysis and validation of the nursing diagnosis, delayed surgical recovery. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2013 Oct; 24(3): 115-21. doi: 10.1111/j.2047-3095.2013.01241.x.

Brito-Brito PR, Rodríguez-Alvarez C, Sierra López A, Rodríguez-Gómez JA, Aguirre-Jaime A. Diseño y validación de un cuestionario para diagnósticos enfermeros psicosociales en Atención Primaria. *Enfermería Clínica*. 2012 May-Jun; 22(3): 126-34. doi: 10.1016/j.enfcli.2.

Lunney M, McGuire M, Endozo N, McIntosh-Waddy D. Consensus-validation study identifies relevant nursing diagnoses, nursing interventions, and health outcomes for people with traumatic brain injuries. *Rehabil Nurs*. 2010 Jul-Aug; 35(4): 161-6

Lopes JdeL, de Barros AL, Michel JL. A pilot study to validate the priority nursing interventions classification interventions and nursing outcomes classification outcomes for the nursing diagnosis "excess fluid volume" in cardiac patients. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2009 Apr-Jun; 20(2): 76-88. doi: 10.1111/j.1744-618X.2009.01118.x.

TRIVIAL NANDA COMO RECURSO DIDÁCTICO EN LA ENSEÑANZA DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS PSICOSOCIALES

AUTOR/ES

Isabel Lourdes Lepiani-Díaz., Anna Bocchino. M^a Jesús Medialdea-Wandossell, María Dueñas-Rodríguez, Concepción Mejías-Márquez, Ester Gilart-Cantizano.

PALABRAS CLAVE

Trivial Nanda, Diagnóstico enfermero, enseñanza-aprendizaje.

INTRODUCCIÓN

Los juegos didácticos constituyen un recurso valioso en el proceso de construcción y adquisición de nuevos conocimientos. Sirven para aclarar conceptos, introducir nuevas ideas, haciéndolas asequibles a la comprensión de los alumnos.

La utilización de un programa de software libre, basado en un juego didáctico interactivo, el trivial pursuit, constituye un elemento diferenciador respecto a las prácticas docentes que hasta ahora se vienen realizando en las Universidades de Enfermería. (Gee, 2003; Prensky, 2006).

OBJETIVOS

El objetivo general es proporcionar a los alumnos una nueva herramienta educativa, el Trivial NANDA, que les permita profundizar en los conocimientos de los diagnósticos de enfermería y conseguir nuevas habilidades y destrezas colaborativas para alcanzar una mejora continua de su aprendizaje y su correcta aplicación en la práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio experimental cuya muestra estuvo compuesta por 80 estudiantes de 2^a Grado de Enfermería, divididos en dos grupos: un grupo en el cual, la transmisión de los conocimientos sobre los diagnósticos psicosociales se realizó a través del juego didáctico Trivial NANDA (con más de 120 preguntas, de respuestas múltiple con cuatro alternativas de respuestas) y otro grupo en el que se utilizó un taller presencial para el proceso de enseñanza-aprendizaje de los diagnósticos. Se comparó el aprendizaje entre ambos grupos mediante el desarrollo de un caso clínico. Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS v19.

CONCLUSIONES

El software educativo diseñado e implementado se ha configurado como una herramienta didáctica efectiva para el aprendizaje de los diagnósticos NANDA.

Además, ha sido una ayuda a la práctica de los docentes, pues su incorporación, conllevó al equipo de trabajo, a reflexionar sobre las funciones, objetivos, metodología y previsiones de la implementación del software con su realidad educativa.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Prensky, M.(2006). 'Don't bother me mom—I'm learning.' St. Paul, MN: Paragon House.
- (2) GEE, James P. (2003): What video games have to teach us about learning and literacy, Nueva York, MacMillan.

“SÍNDROME DE FRAGILIDAD” EN MAYORES: NUEVA ETIQUETA DIAGNÓSTICA

AUTOR/ES

Margarita Garrido-Abejar, M^a Dolores Serrano-Parra, Rosa M^a Fuentes-Chacón, Alicia Izquierdo-Sanz

PALABRAS CLAVE

Fragilidad, ancianos, dependencia

INTRODUCCIÓN

El término mayores frágiles evoca a personas vulnerables, de alto riesgo por múltiples problemas o déficits, pero su conceptualización ha ido evolucionando para hacerse más operativa y posibilitar la construcción de una nueva etiqueta diagnóstica enfermera.

OBJETIVOS

Conceptualizar, documentar y proponer a NANDA-I, una nueva etiqueta diagnóstica: “Síndrome de Fragilidad” reconociendo entre sus características definitorias los aspectos biológicos, cognitivos, afectivos y sociales que están en la base del funcionamiento integral de las personas e incluyendo los factores relacionados.

DESARROLLO CONCEPTUAL

La revisión bibliográfica del concepto “Fragilidad” aporta evidencias sobre su aplicabilidad en investigación y práctica enfermera al identificar a mayores de alto riesgo o más vulnerables a la dependencia. Especialmente, si entendemos la fragilidad como un síndrome que describe un conglomerado específico de diagnósticos enfermeros en el que algunos pueden darse simultáneamente y cuyas consecuencias van más allá de la acción individual.

Diagnósticos enfermeros como “desequilibrio nutricional”, “deterioro de la movilidad”, “fatiga”, “déficit de autocuidado”, “aislamiento social” “aflicción”...son frecuentes en mayores y cuando se observa más de uno en la misma persona, puede dar lugar a un nuevo cuadro clínico que podemos conceptualizar como “síndrome de fragilidad en mayores”. Su definición es: estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al individuo mayor que experimenta deterioro en uno o más dominios de salud (físico, funcional, psicológico o social) que conduce a mayor vulnerabilidad y a sufrir efectos adversos de salud, en particular, discapacidad.

CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PRÁCTICAS

El “síndrome de fragilidad en mayores” se propuso como nuevo diagnóstico a NANDA-I siendo aceptado por el Comité en Noviembre de 2013. Se incluirá en el libro de 2015-17. La utilización

de esta nueva herramienta diagnóstica, posibilitará que las enfermeras puedan identificar e intervenir en los cuidados de los mayores en una situación de salud compleja, que no puede ser explicada por la suma de diagnósticos enfermeros y que hace que los mayores tengan peor calidad de vida, sean más proclives a hospitalización, mortalidad y dependencia

BIBLIOGRAFÍA

Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunananthan S, Wolfson C. Frailty: An Emerging Research and Clinical Paradigm—Issues and Controversies. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007; 62(7): 731–7.

Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol Med Sci* 2001; 56: 146-56.

Garrido-Abejar M, Serrano-Parra M^a D, Bartolomé-Gutiérrez R, Martínez Vizcaino V. Diferencias

“RIESGO DE SÍNDROME DE FRAGILIDAD” EN MAYORES: NUEVA ETIQUETA DIAGNÓSTICA

AUTOR/ES

Margarita Garrido-Abejar, M^a Dolores Serrano-Parra, Rosa M^a Fuentes-Chacón,

Alicia Izquierdo-Sanz

PALABRAS CLAVE

Fragilidad, Ancianos, Dependencia

INTRODUCCIÓN

La presencia del “Síndrome de fragilidad en los mayores” es un indicador de alto riesgo de mortalidad, institucionalización, discapacidad y de peor percepción de calidad de vida, por esa razón es importante identificar a los mayores pre frágiles.

OBJETIVOS

Conceptualizar, documentar y proponer a NANDA-I, una nueva etiqueta diagnóstica: “Riesgo de síndrome de Fragilidad” reconociendo entre los factores de riesgo situaciones biológicas, cognitivas, afectivas y sociales.

DESARROLLO CONCEPTUAL

La revisión bibliográfica del concepto “Fragilidad” indica que el término es dinámico, y por lo tanto susceptible de revertir o empeorar. Así los mayores “prefrágiles” son aquellos que presentan factores de riesgo que, de no prevenirse mediante intervenciones enfermeras, acabarían diagnosticados de síndrome de fragilidad. En este contexto, el “Riesgo de síndrome de fragilidad” se ha definido como: un equilibrio inestable o vulnerabilidad que afecta a uno o más dominios de salud (físico, funcional, psicológico o social) y que conduce a un incremento de susceptibilidad a efectos adversos de salud, en particular discapacidad.

Entre los factores de riesgo mejor documentados encontramos: pérdida de peso no intencional, debilidad, escasa actividad física, marcha lenta, hospitalización prolongada, déficit sensoriales, reposo en cama, tristeza, espacio vital constreñido, miedo a las caídas, vulnerabilidad social...

CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PRÁCTICAS

El “Riesgo de síndrome de fragilidad en mayores” se propuso, debidamente documentado, como nuevo diagnóstico a NANDA-I y fue aceptado por el Comité en Noviembre de 2013. Se incluirá en el libro de 2015-17.

La relación entre discapacidad y fragilidad aconseja que se preste especial atención a los mayores prefrágiles en tanto que tienen mayor tendencia al deterioro de la salud. La detección de riesgos y la intervención temprana facilitan que los mayores sean más robustos, que se potencie una buena condición y funcionalidad física, un alto funcionamiento cognitivo y una adecuada interacción social, que son los factores predictores de un envejecimiento exitoso.

BIBLIOGRAFÍA

Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunananthan S, Wolfson C. Frailty: An Emerging Research and Clinical Paradigm—Issues and Controversies. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007; 62(7): 731–7.

Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol Med Sci* 2001; 56: 146-56.

Garrido-Abejar M, Serrano-Parra M^a D, Bartolomé-Gutiérrez R, Martínez Vizcaino V. Diferencias en la expresión del síndrome de fragilidad en hombres y mujeres mayores institucionalizados sin deterioro cognitivo severo. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012; 47(6): 247–253.

MODEL TO ESTIMATE THE DIFFICULTY LEVEL OF CLINICAL CASES

AUTOR/ES

Rodrigo Jensen, Erika de Souza Guedes, Maria Helena Baena de Moraes Lopes,

Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz, Maria Madalena Januário Leite

PALABRAS CLAVE

Nursing diagnosis; validation studies; Rasch

INTRODUCCIÓN

One of the most problematic issues to develop written case studies is to estimate their difficulty level.

OBJETIVOS

To verify the feasibility of Rasch analysis to estimate the level of difficulty of a written case study.

MATERIAL Y MÉTODO

Methodological study. Secondary analysis of data from 23 Brazilian baccalaureate nursing students (Lopes et al., 2013) who were asked to: 1) read case study reporting a clinical situation of a woman in treatment of bronchopneumonia, and 2) rate how much they are certain to state that each of 20 elements (nursing diagnoses, defining characteristics and risk factors) was present in the clinical case, assigning values: present=1, possibly present=0.75, I don't know=0.5, possibly absent=0.25 and absent=0. Values assigned by the students were compared to values recommended by experts. Differences between student and experts' ratings for each element were then entered for Rasch analysis (Bigsteps software[®]) in order to estimate the level of difficulty. The level of difficulty is presented in logits, ranging from -3 to 3, ordering the elements of the easiest to most difficult, respectively.

RESULTADOS

The ratings of the 20 elements were ordered from -3 to .94 logits, yielding an average of .00 (SD.70). Ten elements were arranged below 0 logits (-3;-3;-1.87;-.97;-.52;-.52;-.41;-.31;-.31;-.14) and 10 elements above (.01;.24;.24;.34;.48;.56;.60;.74;.91;.94). These estimates suggest the written clinical case study we tested does not reach a high level of difficulty to this population.

CONCLUSIONES

The proposed model allows estimating the level of difficulty of clinical cases in specific populations and has implications for teaching and research on clinical reasoning, particularly on diagnostic reasoning.

BIBLIOGRAFÍA

Lopes MHBM, Jensen R, Cruz DALM, Matos FG, Silveira PS, Ortega NR. Application of a model based on fuzzy logic for evaluating nursing diagnostic accuracy of students. Int J Med Inform. 2013; 82(9): 875-81

ENFERMERÍA Y SEGURIDAD

AUTOR/ES

Carmen Vila-Gimeno

PALABRAS CLAVE

Enfermería. Seguridad del paciente.

INTRODUCCIÓN

Cómo es preceptivo, los servicios hospitalarios deben ser seguros, porque los pacientes que deben ser asistidos en ellos ponen su salud, su vida y por tanto su seguridad en manos de los profesionales que les atienden. Estas manos, corresponden a todos los profesionales de la salud que trabajan en estos servicios y todos están implicados en el mismo objetivo, la disminución de los efectos adversos de los servicios sanitarios. En un momento en que la seguridad es primordial y el ahorro económico es crucial sobre todo por la importante crisis económica mundial que se está viviendo en este momento. Por ello es tan importante ofrecer una atención de calidad, con la máxima seguridad posible.

OBJETIVOS

Expresar con el lenguaje enfermero NIC, cada una de las intervenciones enfermeras que se deben trabajar para conseguir ofrecer una completa seguridad.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica

RESULTADOS

Se presentaran en el Simposium

CONCLUSIONES

Queda muy claro que trabajar con y para la seguridad del paciente requiere un abordaje multidisciplinar, los profesionales de ENFERMERÍA estamos acostumbrados a trabajar en equipo, y a respetar las competencias de los compañeros que están con nosotros, pero las enfermeras y los enfermeros también tenemos mucho que decir porque desempeñamos un rol fundamental teniendo en cuenta el tipo y la cantidad de efectos adversos evitables que son de nuestra competencia directa. Por ello desde la docencia nos hemos impuesto incidir en este problema

BIBLIOGRAFÍA

Bulechek, G; Butcher, H; MC Closkey, J;.Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.

García Pérez E. La gestión de casos en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Ventajas de su inclusión en los sistemas de información enfermera. Metas de Enfermería. 2009; 12(4): 50-4.

Moorhead, S.; Johnson M.; Maas, M.; Swanson, E.; Clasificación de los resultados de enfermería (NOC).5ª ed. Madrid: Elsevier España, S. A.; 2014.

NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier; 2013.

Rosa Rifà, Isabel Pérez. El llenguatge infermer, un repte per a la infermeria del segle XXI. Annals de Medicina - vol. 92, núm. 3. 2009.

Rosa Rifà, Cristina Olivé, Montserrat Lamoglia. Lenguaje NIC para el aprendizaje Teórico-práctico en enfermería. Barcelona. Elsevier España, S. A; 2012.

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS AL DIAGNÓSTICO “TRASTORNO DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO” EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

AUTO/RES

Paula Escalada-Hernández; Blanca Marín-Fernández.

PALABRAS CLAVE

Diagnósticos de enfermería; NANDA-I, Trastorno de los procesos de pensamiento; Prevalencia; Escala HoNOS

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de enfermería “trastorno de los procesos de pensamiento” (TPP) ilustra un problema frecuentemente atendido por las enfermeras en salud mental ya que ha demostrado ser muy prevalente en pacientes con problemas psiquiátricos (1,2). Dado la limitada evidencia existente, este diagnóstico fue retirado de la clasificación de diagnósticos de enfermería NANDA-I (Edición 2009-2011) (3).

OBJETIVOS

El presente estudio, forma parte de un proyecto más amplio. Sus objetivos son: analizar la prevalencia del diagnóstico TPP en una muestra de pacientes psiquiátricos y psicogerítricos institucionalizados y describir las características sociodemográficas y asistenciales más frecuentes entre los pacientes con TPP.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un análisis secundario de los datos obtenidos en un estudio multicéntrico, exploratorio, descriptivo y transversal. Retrospectivamente de la historia clínica de pacientes psiquiátricos y psicogerítricos en unidades de media y larga estancia, se recogieron datos sociodemográficos, asistenciales (unidad, diagnóstico psiquiátrico según CIE-10; códigos NANDA-I, NIC y NOC) y sobre la severidad de los problemas asociados a la enfermedad mental, valorados mediante la Escala HoNOS (4). Se realizó un análisis descriptivo mediante distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión.

RESULTADOS

La prevalencia del diagnóstico TPP entre los 624 pacientes incluidos fue del 39,4% (n=246). Los pacientes con TPP tenían una edad media de 65±17 años, eran mayoritariamente solteros, con ingresos entre bajos y medios y pensionistas. El diagnóstico psiquiátrico más frecuente entre ellos fue esquizofrenia y los problemas valorados por la Escala HoNOS más prevalentes

fueron: problemas con las actividades de la vida diaria, con las relaciones sociales, depresión y disfunción cognitiva. Además, se presentarán los resultados NOC e intervenciones NIC más frecuentes asociadas a TPP.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio muestran el alto grado de prevalencia del diagnóstico TPP en pacientes con alteraciones mentales institucionalizados. Además, ilustran ciertas características distintivas del perfil típico de los pacientes con TPP.

BIBLIOGRAFÍA

Frauenfelder F, Müller-Staub M, Needham I, Van Achterberg T. Nursing phenomena in inpatient psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011; 18(3): 221-35.

Escalada Hernández P, Muñoz Hermoso P, Marro Larrañaga I. La atención de enfermería a pacientes psiquiátricos NANDA-NIC-NOC: una revisión de la literatura. *Revista Rol Enfermería*. 2013; 36(3): 166-77.

NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2009-2011. Barcelona: Elsevier España; 2010.

Uriarte JJ, Beramendi V, Medrano J, Wing JK, Beevor AS, Curtis R. Presentación de la traducción al castellano de la Escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales). *Psiquiatría Pública*. 1999; 11(4): 37-45.

CORRELACIÓN NIVELES DE DEPENDENCIA ENTRE LAS ESCALAS INICIARE Y BARTHEL

AUTOR/ES

Muñoz Serrano, María Eugenia; Sánchez Domingo, Marta; López-Barajas Hernández, Beatriz; Merino Ruiz, Rosario; Muñoz Yélamo, Almudena; Molina Moreno, Cristina.

PALABRAS CLAVE

Escala Iniciare 60, dependencia, Barthel.

INTRODUCCIÓN

Estudio descriptivo prospectivo sobre pacientes de unidades médicas y quirúrgicas a los que se aplica las escalas Iniciare 60 y Barthel. La escala Iniciare compara las escalas de Barthel, Glasgow, Pfeiffer y Care dependency Scale (CDS). Datos obtenidos durante la primera fase del proyecto Validación del inventario del nivel de cuidados mediante indicadores de la clasificación de resultados de enfermería (INICIARE), para la evaluación del nivel de dependencia en pacientes hospitalizados.

OBJETIVOS

Análisis de la asociación de los valores de la escala Iniciare con los niveles de dependencia de la Scala Barthel y CDS.

MATERIAL Y MÉTODO

La escala Iniciare tiene 14 indicadores de la NOC con respuestas tipo linkert que puntúan de 1 (peor valorado) a 5 (mejor valorado), con un total entre 60 puntos (mayor nivel de dependencia) hasta 300 puntos (independencia).

La muestra es estratificada en pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos al 50% con un total de 132. En las variables se tiene en cuenta el sexo y la edad.

RESULTADOS

Los resultados aportados por la escala Barthel en niveles de dependencia los valoramos en diferentes grados pasando desde dependencia severa ha dependencia moderada, en los mismos pacientes analizados con iniciare la dependencia es diferente, hay mayor independencia en los pacientes valorados con Iniciare

CONCLUSIONES

Aunque las dos escalas valoran los niveles de dependencia, no podemos hacer una comparativa fiable puesto que mientras la escala Iniciare 2.0 analiza por indicadores NOC las 14 necesidades

básicas, el índice de Barthel mide sólo las necesidades de alimentación e hidratación, eliminación, moverse y mantener la postura, vestirse y arreglarse e higiene.

La escala Iniciare disminuye el trabajo de la enfermera que realiza la valoración, ya que al mismo tiempo que valora define los NOC,

BIBLIOGRAFÍA

Pfeiffer E. A Short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J am Geriatr Soc 1975 Oct; 23 (10): 433-41

Mahoney FI, Wood OH, Barthel DW. Rehabilitation of chronically ill patients: the influence of complications on the final goal. South Med J 1958; 51: 605-609.

Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. MD Med J 1965; 14: 61-65
del cuestionario Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin (Barc) 2001 Jun 30; 117 (4): 129-34.

4Martínez de la Iglesia J, duenas Herrero R, Onis Vilches MC, Aguado Taberne C, Albert Colomer C, Luque Luque R, Adaptación y validación al Castellano.

San roman Terán CM, Guijarro Merino R, Servicios hospitalarios de medicina interna. Una descripción de la actividad en el Sistema Público de Andalucía en 2002. Rev Clin Esp. 2006; 206 (1): 4-1

Pocel Galvez AM, investigador principal del proyecto "Validación externa del inventario del nivel de cuidados mediante indicadores de la clasificación de resultados de enfermería (INICIARE) para la evaluación del nivel de dependencia en pacientes hospitalizados. Estudio Multicéntrico (INICIARE 2.0)" febrero.-abril 2013. Nº expediente PI-0828/2012,

Baztan JJ, Perez del Molino J, Alarcon T, San Cristobal E, Izquierdo G, Manzarbeitia I. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1993; 28: 32-40.

TIC EN LA FORMACIÓN: LA PREPARACIÓN DE CASOS CLÍNICOS EN SISTEMAS ELECTRÓNICOS, UN RETO

AUTOR/ES

Carme Espinosa-Fresnedo; Rosa Rifà-Ros; Miquel Àngel Bru-Angelats;

PALABRAS CLAVE

TIC, casos clínicos, proceso de atención de enfermería, docencia.

INTRODUCCIÓN

El entorno clínico de salud se caracteriza por el uso generalizado de sistemas de Información y comunicación electrónicos para la gestión de la documentación que genera la actividad asistencial. Sin embargo, en el entorno universitario, su uso no es aún muy frecuente.

Del mismo modo que la manera de enfrentarse a un sistema electrónico en la práctica clínica, modifica la forma de pensar y resolver situaciones de los profesionales, también se modifica, en el entorno docente, la manera de diseñar escenarios clínicos, para ser usados con sistemas electrónicos.

Por este motivo, docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna, juntamente con la empresa OESIA, están trabajando en el diseño de casos/escenarios clínicos para un entorno de formación, usando el software GACELA-Universidad.

La comunicación pretende exponer la experiencia y las lecciones aprendidas.

OBJETIVOS

Identificar los aspectos clave para el diseño de casos clínicos en entornos electrónicos.

Identificar los aprendizajes a desarrollar con el uso de casos clínicos en entornos electrónicos.

MATERIAL Y MÉTODO

Los casos clínicos se desarrollan según el nivel competencial al que van dirigidos. Están diseñados por expertos en metodología enfermera, y expertos en el software GACELA-Universidad.

RESULTADOS

A partir de la experiencia y las lecciones aprendidas, se está desarrollando un catálogo de casos que cubren las diferentes materias de enfermería y niveles de formación desde el desarrollo de habilidades básicas de metodología enfermera, hasta la resolución de situaciones de complejidad elevada.

CONCLUSIONES

El diseño de casos/escenarios clínicos para ser usados en un entorno electrónico, acerca la experiencia de aprendizaje a la experiencia clínica que tendrán los estudiantes en el entorno clínico asistencial.

El uso de casos/escenarios clínicos favorece la integración de los conocimientos/habilidades adquiridos en diferentes asignaturas del currículum de formación, aspectos que el entorno europeo de educación superior promueve, para el primer nivel de formación.

BIBLIOGRAFIA

Bulechek, GM., Butcher, HK., Dochterman, JM. Wagner, CM. (2013). Nursing Interventions Classification (NIC).6th Edition.Mosby.

Fernández Aleman, JL., Carrillo de Gea, JM. (2010). Una revisión de la enseñanza de la enfermería basada en las TIC. Revista eSalud.com, 6 (22).

Herdman, TH. (2012). (Ed.) NANDA-International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2012-2014. Oxford: Wiley-Blackwell.

Johnson, M. Moorhead, S. Bulechek, GM. Butcher, HK. Maas, ML. Swanson, E. (2012). NOC and NIC Linkages to NANDA-I and Clinical Conditions.Supporting Critical Reasoning and Quality Care.3rd Edition.Elsevier-Mosby.

Lunney, M & contributors.(2009). Critical Thinking to achieve positive health outcomes.Nursing case studies and analyses.2nd Edition. Wiley-Blackwell

McNamara, M. S. (2010). Where is nursing in academic nursing? Disciplinary discourses, identities and clinical practice: A critical perspective from ireland. Journal of Clinical Nursing, 19(5-6), 766-774.

Moorhead, S. Johnson, M. Maas, ML., Swanson E. (2013). Nursing Outcomes Classification (NOC).Measurement of Health Outcomes.5th Edition. Mosby.

Pesut, D. J., & Herman, J. A. (1999). Clinical reasoning: The art and science of critical and creative thinking. Delmar.

Traynor, M., Boland, M., & Buus, N. (2010). Autonomy, evidence and intuition: Nurses and decision-making. Journal of Advanced Nursing, 66(7), 1584-1591.

PLATAFORMA DE APRENDIZAJE VIRTUAL DE CUIDADOS ENFERMEROS. DISEÑO DE LA FASE DE VALORACIÓN

AUTOR/ES

Meritxell Sastre-Rus, Lidia Fernández-Donaire, Pilar Fernández-Narváez, Montserrat Antonin-Martin, Daniel García- Gutiérrez

PALABRAS CLAVE

Plataforma Virtual de Aprendizaje; TIC; Metodología enfermera; Planes de Cuidados

INTRODUCCIÓN

La historia clínica informatizada y compartida es una exigencia de la actual legislación; en enfermería ha de incorporar las taxonomías NANDA-NIC-NOC.

La EUE Gimbernat, apuesta por la formación del estudiante para enfrentarse a dichas exigencias, integrando las TIC en el ámbito de la salud. Para ello, se ha diseñado un proyecto pedagógico que permite al estudiante aprender a diseñar planes de cuidados informatizados siguiendo la metodología enfermera.

Dicho proyecto se ha iniciado con el diseño de la fase de valoración del proceso enfermero a través de una plataforma de aprendizaje virtual (PAV).

OBJETIVOS

Proporcionar al estudiante una herramienta informática para confeccionar la valoración de enfermería, adaptada a las exigencias del contexto sanitario actual.

Facilitar el aprendizaje activo en la elaboración de planes de cuidados enfermeros a lo largo de la titulación.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha diseñado una PAV que permite al estudiante elaborar valoraciones enfermeras, partiendo de una entrevista de enfermería basada en los Patrones Funcionales de Salud (PFS) de Marjory Gordon. El estudiante confecciona la entrevista y a partir de los datos obtenidos desarrolla una valoración global.

Todo este proceso es tutorizado por el profesor, quien proporciona el feed-back necesario para favorecer el proceso de aprendizaje, desde una perspectiva tanto formativa como evaluativa.

RESULTADOS

Está previsto iniciar una prueba piloto e implementar la PAV en el próximo curso en diferentes asignaturas y cursos. Se espera obtener una mejora en el aprendizaje de los estudiantes en

relación a la elaboración de planes de cuidados y que adquirieran mayor destreza en el manejo de las TIC.

CONCLUSIONES

Este proyecto aproxima al estudiante a la elaboración de planes de cuidados informatizados ajustados a la realidad asistencial, y permite un seguimiento metódico de su proceso de aprendizaje.

BIBLIOGRAFÍA

Decreto 38/2012 de 13 de marzo, Departamento de Sanidad y Consumo. (Boletín oficial del Estado, número 65, de 29-03-12).

Igea Moreno M, Lozano García Y, González Gascón R. Implantación de la Metodología Enfermera en los sistemas informáticos de atención primaria. *Enfermería Global*, 2005;(12) 1-6

Ministerio de Sanidad y Consumo. Las TIC en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2011 [online]. Disponible en URL:

<http://www.red.es/media/2012-07/1343654162527.pdf>

DEPLOYMENT NANDA, NIC, NOC IN TEACHING LEARNING PROCESS OF A NURSING BACHELOR'S COURSE IN BRAZIL

AUTOR/ES

Jaqueline Santos-de-Andrade-Martins, Livia Fajin-de-Mello-dos-Santos, Dennis de-Carvalho-Ferreira

PALABRAS CLAVE

Nursing, nursing process, nursing diagnosis

INTRODUCCIÓN

In the teaching-learning process of undergraduate students of nursing, it has been essential to insert the prospect of nurse works guided along the lines of the nursing care systematization and the nursing process. The student should be prepared to use wisely the domain of taxonomies related to the nursing diagnosis. In this context, the use of diagnostic languages must pervade the curriculum of future nurses. In the curriculum composition of a graduate course program of nursing in Brazil, the authors opted to use the North American Nursing Diagnosis Association's (NANDA), the Nursing Intervention Classifications (NIC) and the Nursing Outcomes Classification (NOC) connections in the structure and content of essentials disciplines for the nursing formation and education.

OBJETIVO

To report and describe the experience of the implementation of the NANDA, NIC and NOC connections in the teaching-learning process in a graduate course program of nursing in Brazil.

MATERIAL Y MÉTODO

This study was conducted from the theoretical frameworks of NANDA, NIC and NOC in the building of the disciplines: fundamentals of nursing, Semiology and Semiotechnique I, Semiology and Semiotechnique II.

RESULTADOS

For construction of the disciplines that composed the core of the fundamental nursing of a one graduate course program of nursing in Brazil were used NANDA domains in the structuring of the perspective of the disciplines and also the program contents developed with the students. In this way, the professor when teaches semiology and Semiotechnique to the students, basing primarily in the defining characteristics of the diagnosis related to the domain taught to the student begins to develop a reasoning diagnostic based on nursing practice and thus can implement and evaluate results of the nursing care using the languages of NIC and NOC.

CONCLUSIONES

The implementation of this teaching structure aims to base undergraduate course in nursing in the process of care, characteristic of this profession, breaking the dichotomy of the reductionist biomedical.

BIBLIOGRAFÍA

NANDA Internacional. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BULECHEK, G.M.; DOCHTERMAN, J.; BUTCHER, H. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 5ª ed. São Paulo: Elsevier, 2010.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M. L.; SWANSON, E. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 4ª ed. São Paulo: Elsevier, 2013.

SEGUIMIENTO TELEFÓNICO DEL PACIENTE CRÓNICO MONITORIZANDO DIAGNOSTICOS NANDA

AUTOR/ES

Teresa Casasas-Matabacas; M^a Elena Castro Nava; M^a Angeles Costa Menén; Isabel Mayoral Masana Maite Benito-Tudela, Sussana Guillemas-Roca

PALABRAS CLAVE

Atención domiciliaria, diagnósticos NANDA, atención telefónica, 061 Catsalut Respon,

INTRODUCCIÓN

El 061 Catsalut Respon, inició en agosto 2012 un programa de seguimiento telefónico proactivo del paciente crónico, realizado por enfermería en colaboración con enfermería de primaria. La monitorización de pacientes se hizo con diagnósticos NANDA, valorando los mismos ítems y estandarizando intervenciones. La finalidad del programa era optimizar recursos.

OBJETIVOS

Dar soporte desde la Plataforma 061 CatSalut Respón atención primaria.

Determinar necesidades alteradas en la valoración telefónica

Determinar diagnósticos NANDA resultantes de la monitorización

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo descriptivo de actividad realizada en el programa de seguimiento telefónico del paciente crónico. Inició el 10 de agosto con duración de 3 meses. Estudio experimental en el ámbito de primaria, donde se ha diseñado un programa piloto para la recogida de diagnósticos NANDA su monitorización y registro. Los parámetros fueron establecidos por el equipo del CAP (Almacelles i Capont) i las enfermeras del 061Catsalut Respon.

RESULTADOS

La muestra formada por un grupo de 25 pacientes de Almacelles i 27 de Caponhan genero 308 llamadas (194 efectivas i 114 intentos sincontactar) y 381 llamadas (218 efectivas i 163 sin localizar) respectivamente. Se valoraron diferentes diagnósticos NANDA: alteración de los líquidos, alto riesgo por falta de volumen, alteración de la nutrición, aislamiento social, dolor agudo, dolor crónico, alteración del sueño, cansancio, ansiedad, diarreas, náuseas y deterioro integridad cutánea

En tres casos enfermería del 061 contactó con primaria, sin necesidad de derivación.

CONCLUSIONES

La Plataforma 061 CatSalut Respon apoya los equipos de primaria, garantizando continuidad asistencial, mejorando el control de agudizaciones y optimizando recursos.

Se determinaron las necesidades alteradas de los pacientes con la valoración telefónica

Se han podido cuantificar los diagnósticos NANDA resultantes del estudio

BIBLIOGRAFÍA

Heather, T.H. (Ed.)(2010). NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación. 2009-2011. Barcelona: Elsevier.

Ackley, B.J. Ladwing, G.B (2007) manual de diagnósticos de Enfermería. Guía para la planificación de cuidados. 7ª edición. Madrid: Elsevier.

Carpenito, L.J. Manual de Diagnósticos de Enfermería. Editorial McGraw-Hill. 9ª Edición. Madrid. 2005

Carpenito, L.J. Planes de Cuidado y documentación en Enfermería, 1ra Ed, 2004 Ed, Mc Graw-Hill Interamericana, Barcelona.

Seguimiento, control o monitorización de los pacientes: algunas notas de interés Original Research Article. Enfermería Clínica, Volume 20, Issue 1, January–February 2010, Pages 40-46. Josep M. García-Alamino, Rafael Perera

Fernández Lao I. Defensa del uso de un modelo enfermero. Evidentia 2005 sept-dic; 2(6). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n6/146articulo.php> [ISSN: 1697-638X].

Organización Mundial de la Salud. Atención centrada en el paciente. Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI. El reto de las enfermedades crónicas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005. p.25-29.

Organización Mundial de la Salud. Atención centrada en el paciente. Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI. El reto de las enfermedades crónicas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005. p.25-29.

Bengoa R, uño R. Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.

Papel de enfermería en el servicio de atención telefónica en una unidad de neurología de la conducta y demencias Original Research Article Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica, Volume 37, Issue 1, January–June 2013, Pages 19-24 Concepción Morales Espinosa, Gloria González Caballero, Maria José Sáenz San Juan, Inmaculada Abellán Miralles

RELACIÓN ENTRE LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS Y LAS CAÍDAS

AUTOR/ES

María Purificación Morado-Quiñoá, Juan Carlos Álvarez-Vázquez, María Olga Roca-Bergantiños, Ana Estany-Gestal, María Consolación Pena-Meilán, Pilar González-González.

PALABRAS CLAVE

Planificación, Riesgo, Caídas.

INTRODUCCIÓN

Se parte de la premisa de que, además de la valoración y el diagnóstico, es necesario trabajar con un plan de cuidados que también incluya intervenciones y resultados. La caída es uno de los eventos adversos más frecuentes en el entorno hospitalario y es uno de los indicadores más importantes de calidad de los cuidados enfermeros.

OBJETIVOS

Estudiar el porcentaje de pacientes valorados en el Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA) durante el 2013 para detectar el riesgo de caídas.

Hallar el porcentaje de pacientes con riesgo de caídas.

Determinar si existe relación entre una planificación inadecuada y la caída.

MATERIAL Y MÉTODO

En el HULA se valora a todos los pacientes que ingresan en función de los factores de riesgo del diagnóstico NANDA riesgo de caídas.

Se determina el porcentaje de pacientes valorados al ingreso para el riesgo de caídas, el porcentaje de pacientes con resultado de riesgo y cuáles de ellos tienen adecuada planificación.

Además, se identifica a los pacientes con las caídas y se revisa la aplicación de cuidados aplicado en cada caso.

Se valoró la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes ingresados y los que cayeron mediante un test-X². SPSSv15.0.

RESULTADOS

En 2013, se valoró el riesgo de caídas en el 93.9% de los pacientes ingresados. El 79% de los pacientes presentaron Riesgo de caídas y, en el 70% de los casos, se planificaron cuidados para dicho diagnóstico.

Se cayeron un total de 143 pacientes (0.671%). Analizando más detalladamente este grupo, se encontró que a pesar de que al 95.75% se le había valorado el riesgo de caídas y que el 92.6% tenían riesgo, solamente el 39.2% tenían un plan de cuidados asociado al riesgo de caída, porcentaje sustancialmente inferior al observado en el total de ingresados ($p < 0.001$).

CONCLUSIONES

Una adecuada Planificación de Cuidados es necesaria para disminuir las caídas en el Hospital.

BIBLIOGRAFÍA

Ian D Cameron, Geoff R Murray, Lesley D Gillespie, M Clare Robertson, et al. Intervenciones para la prevención de caídas en pacientes que se encuentran en centros de cuidado y hospitales. Cochrane Plus 2010 Número 1.

Johnson Marion, Maas Meridean, Moorhead Sue. Iowa Outcomes Project. Nursing Outcomes Classification (NOC). Tercera Edición. Ed. Elsevierer Mosby.

McCloskey J, C., Bulechek G.M.: Proyecto de Investigación Iowa. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC. Cuarta Edición. Ed. Elsevierer Mosby).

Nanda Internacional: diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2009-2011. Barcelona. Elsevier España, cop. 2010.

PROYECTO DE INCORPORACIÓN DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA ÚNICA DEL PACIENTE

AUTOR/ES

Santiago Pérez-García, M^a Llanos Escudero-Moreno, Pilar García-Martínez, Cristina Sánchez-Jiménez, Clotilde Pose-Becerra, M^a Andión Goñi-Olangua

PALABRAS CLAVE

Historia Clínica Electrónica, Taxonomía, Cuidado Enfermero,

INTRODUCCIÓN

En la sociedad de la información de nuestro siglo, la historia clínica electrónica(HCE) es una realidad en la que englobar todas las áreas profesionales en una historia única. Es preciso incluir datos asistenciales del cuidado desarrollando una documentación normalizada de la práctica clínica.

Progresivamente se consolida la estandarización de los datos de Enfermería con clasificaciones NANDA NOC NIC, a ello hay que añadir el RD 1093/2010,3 de septiembre.

Desde 2003 se va consolidando en nuestro hospital el proceso de informatización de cuidados enfermeros, conviviendo con la Historia médica tradicional. Desde 2010 está inmerso en el proyecto HCE única y "hospital sin papeles".

OBJETIVOS

Presentar los resultados de la primera fase del proyecto de incorporación del cuidado enfermero en HCE. Éste pretende integrar el cuidado basado en interrelaciones NANDA NOC NIC, desarrollando el módulo Enfermería de HCE

MATERIAL Y MÉTODO

Se prepara base propia interrelacionando NOC, NIC a Diagnósticos NANDA más prevalentes

Creación de grupos de trabajo y paneles de expertos...

Sesiones informativas

Adquisición de licencias y browser Elsevier® vinculado a la biblioteca virtual del hospital.

(Se describirá el proceso de validación teórica de PCE)

RESULTADOS

Desde el inicio en 2012, se ha desarrollado en el módulo Enfermería de HCE:

Valoración (patrones funcionales),

Escalas de valoración: Norton, JH Downton, Brathel, dolor y riesgo social

Registros: Caídas, úlceras, heridas, drenajes, estomas, quemaduras, vías venosas, sondas e inmovilización terapéutica.

Informe Continuidad Cuidados

De los 162 PCE que tiene el hospital, se priorizaron 85, actualmente validados 67, (aprobados en comisión cuidados). y en 2ª fase revisión 18

CONCLUSIONES

Es importante el desarrollo conseguido en el módulo Enfermería de HCE en poco tiempo, gracias al esfuerzo de los profesionales.

Utilizar lenguajes estandarizados con estas taxonomías promueve la visibilidad enfermera en los sistemas de información sanitaria, posibilita la gestión de cuidados, facilitando la explotación de la información y la investigación

BIBLIOGRAFÍA

Herdman TH, editora. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier; 2013.

Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editoras. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.

Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editoras. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009

Cerezo Sanmartín M., Gutiérrez Aranda J.M., Perán Artero S., Gómez González G., Carrasco Gutiérrez P. Historia clínica informatizada de enfermería en el Departamento de Torrevieja Salud como instrumento de gestión de calidad. Enferm. glob.[revista en la Internet]. 2009 Oct [citado 2014 Feb 1];(17):. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412009000300014>.

Etreros Huerta J. El sistema de historia clínica digital Instituto de Información Sanitaria Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [online] 2009 [citado 2014 Feb 1] disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/HCDSNS_Castellano.pdf

Gordon M, Diagnóstico enfermero. Proceso y Aplicación. 3ª ed. Barcelona: Doyma; 1996

Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, número 225, (16-10-2010)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA RIESGO DE CAÍDAS: PERFIL DE PACIENTES Y CUIDADOS

AUTOR/ES

Melissa de Freitas-Luzia, Miriam de Abreu-Almeida, Amália de Fátima-Lucena.

PALABRAS CLAVE

Diagnóstico de Enfermería; Accidentes por Caídas; Atención de Enfermería

INTRODUCCIÓN

Estudio transversal en un hospital universitario del sur de Brasil para analizar el Diagnóstico de Enfermería (DE) Riesgo de Caídas y los cuidados prescritos para pacientes adultos hospitalizados en unidades clínicas y quirúrgicas.

OBJETIVOS

Identificar el perfil clínico de los pacientes; los factores de riesgo establecidos y los cuidados prescritos para esos pacientes, además de agrupar de acuerdo con las intervenciones descriptas en la Nursing Interventions Classifications (NIC).

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra de 174 pacientes con los datos colectados en prontuarios informatizados. El análisis estadística descriptiva y el agrupamiento de los cuidados de enfermería en la NIC se ha basado en el mapeamiento cruzado. El estudio aprobado por el Comité de Ética e Investigación (nº 110631).

RESULTADOS

El perfil de los pacientes puntuó para ancianos, sexo masculino (57%), internados en las unidades clínicas (63,2%), con tiempo medio de internación de 20 (10-24) días, portadores de enfermedades neurológicas (26%), cardiovasculares (74,1%) y diversas morbilidades ($3\pm 1,8$). Los factores de riesgo más frecuentes fueron: Alteración neurológica (43,1%), Movilidad perjudicada (35,6%) y de los Extremos de edad (10,3%). Se identificaron 48 cuidados de enfermería prescritos siendo los más frecuentes: mantener baranda en las camas (83,2%), orientar paciente/familia a los riesgos y prevención de caídas (49,4%) y mantener el timbre al alcance del paciente (40,8%). El agrupamiento de los cuidados en las intervenciones NIC apuntaron Control de Ambiente: seguridad (29,2%) y Prevención de Caídas (20,6%) como las más frecuentes.

CONCLUSIONES

Los pacientes con este DE son en mayoría ancianos, con enfermedades neurológicas y cardiovasculares y diversas morbilidades, y que requieren cuidados preventivos a la multiplicidad de estos factores. La intervención NIC Prevención de Caídas se mostró prioritaria, pues sus actividades se direccionan a los diferentes factores del evento.

BIBLIOGRAFÍA

Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, & Wagner C. (2013). Nursing Interventions Classification (NIC), (6th Ed). St. Louis, Missouri: Elsevier.

Herdman, T.H. (Ed.) (2012). NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2012-2014. Oxford: Wiley-Blackwell.

* Investigación con el apoyo financiero de FIPE/HCPA.

OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE LAS TAXONOMÍAS NANDA-I, NIC Y, NOC: PERCEPCION DEL ALUMNADO

AUTOR/ES

María José González-Moreno, Manuel-Ángel Calvo-Calvo, Juan Manuel Fernández-Sarmiento

PALABRAS CLAVE

Taxonomías; Percepción; Alumnado; Enfermería.

INTRODUCCIÓN

Desde la implantación del Grado en Enfermería, y en concreto de la asignatura "Practicum", el alumno desarrolla habilidades y destrezas en la implementación del PE y en las taxonomías enfermeras, dentro del SSPA.

En el SAS, desde el 2002, las enfermeras clínicas usan las taxonomías en su práctica profesional, dentro del proceso de cuidados. Estas enfermeras desde la asignatura "Practicum", tutelan y motivan al alumnado del Grado en Enfermería, en el uso del lenguaje enfermero, por lo que su opinión sobre la utilidad de dicho lenguaje puede influir de forma importante en la visión del alumnado sobre la utilidad en el manejo de las taxonomías.

OBJETIVOS

Conocer la opinión de las enfermeras clínicas sobre la utilidad de las taxonomías a través de la percepción del alumnado.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cualitativo realizado con técnica de grupos focales. Muestreo intencional a través de informantes clave. Grabación de las sesiones y transcripción a texto con análisis posterior del discurso.

RESULTADOS

Hay mucha disparidad en el grado de conocimientos que tienen las enfermeras clínicas de las distintas unidades donde el alumnado ha realizado sus prácticas. Las enfermeras de AP parecen más motivadas en el uso de las taxonomías que las enfermeras del hospital.

CONCLUSIONES

Nuestros alumnos opinan que a pesar del grado de dificultad que encuentran en su práctica diaria, las enfermeras clínicas en general y en particular las de AP tienen una buena opinión sobre la utilidad de las taxonomías.

BIBLIOGRAFÍA

NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier España, 2013.

Bulechek G., Butcher HK., Dochterman JM. (eds.). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier España, 2009.

Moorhead S. et al. (eds). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier España, 2009.

Halverson EL. et al. Minnesota nurses' perceptions of nursing diagnosis. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications. 2011. doi: 10.1111/j.1744-618X.2011.01180.x

Romero-Sánchez JM. et al. The relationship between characteristics of nurses and their attitude towards nursing diagnosis: a cluster analysis. Journal of Clinical Nursing. 2013;

Cachón JM. et al. El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileñas: abordaje fenomenológico. Enfermería Intensiva. 2012; 23(2): 68-76.

Raña CD. et al. Opinión de las enfermeras de Atención Primaria en el área sanitaria de A Coruña sobre la utilización de los diagnósticos de enfermería. Enfermería Clínica. 2004; 14(2): 77-82.

VALIDACIÓN DEL CONTENIDO DIAGNOSTICO DE LA ETIQUETA "ESTRÉS POR DESEMPLEO"

AUTOR/ES

Bocchino A., Dueñas-Rodríguez M., Medialdea-Wandosell M.J., Lepiani-Díaz I., Mejías-Marquez C.

PALABRAS CLAVE

Validación diagnóstico, Desempleo, estrés

INTRODUCCIÓN

De los graves problemas que caracterizan la crisis actual de España, el más alarmante y revelador es el desempleo. Este proceso de privación o reducción económica que parece afectar a personas o grupos sociales, conduce a un empeoramiento de la calidad de vida y a efectos negativos sobre la salud (Janlert, U., 2009). Numerosas investigaciones han revelado que existe un vínculo entre el desempleo y la salud. Entre las principales consecuencias negativas, podemos reseñar el aumento de la mortalidad general (Roefls et al., 2011), de la hipertensión arterial y de la hipercolesteremia entre los desempleados (Stuckler D et al., 2009), el considerable impacto que el desempleo tiene en la mortalidad perinatal y/o infantil en los niños de familias en desempleo (Rosicova K. et al. 2011) y una disminución del bienestar de las personas afectadas (Novo et al., 2001).

Este saldo laboral negativo y la repercusión sobre la salud generan nuevas necesidades y demandas para el sistema sanitario requiriendo una atención y un cuidado de calidad a los desempleados y/o sus familias. Por ello, se hace necesario, para la enfermera comunitaria, la descripción de una etiqueta diagnóstica que se refiera a la situación de las personas que carecen de empleo y de recursos económicos aptos a satisfacer sus necesidades básicas y a las de sus familias.

OBJETIVOS

Validación de contenido de una etiqueta diagnóstica relacionada con el desempleo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cualitativo, exploratorio, descriptivo en el que se consensuó mediante panel de expertos y técnica Delphi la etiqueta diagnóstica a partir de la definición.

Se eligió una muestra por conveniencia de 200 enfermeros expertos relacionados a la temática.

Mediante el método de la categorización se sistematizó la información de los expertos, con objetivo de que resultase significativa respecto al objetivo del estudio. Dicha categorización se

envió de nuevo a cada experto, junto con su respuesta previa, para que dieran prioridad a los posibles nombres de etiquetas que habían sugerido y seleccionaron en primer lugar aquella que más se ajustaba a la definición.

RESULTADOS

De las etiquetas propuestas por los expertos, “estrés por desempleo” fue considerada con mayor frecuencia.

CONCLUSIONES

Al tenor de lo señalado, es muy importante hacer hincapié sobre una atención sanitaria pública que permita evitar, en la medida de lo posible, las repercusiones en materia de salud que sufren los desempleados y sus familias.

BIBLIOGRAFÍA

Janlert, U., & Hammarstrom, A. (2009). Which theory is best? explanatory models of the relationship between unemployment and health. *BMC Public Health*, 9,235-2458-9-235.doi: 10.1186/1471-2458-9-235; 10.1186/1471-2458-9-235

Novo, M., Hammarstrom, A., & Janlert, U. (2001). Do high levels of unemployment influence the health of those who are not unemployed? A gendered comparison of young men and women during boom and recession. *Social Science & Medicine* (1982), 53(3), 293-303.

Roelfs, D. J., Shor, E., Davidson, K. W., & Schwartz, J. E. (2011). Losing life and livelihood: A systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Social Science & Medicine*, 72(6), 840-854.

Rosicova, K., Madarasova Geckova, A., van Dijk, J. P., Kollarova, J., Rosic, M., & Groothoff, J. W. (2011). Regional socioeconomic indicators and ethnicity as predictors of regional infant mortality rate in slovakia. *International Journal of Public Health*, 56(5), 523-531. doi: 10.1007/s00038-010-0199-3; 10.1007/s00038-010-0199-3

Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in europe: An empirical analysis. *Lancet*, 374(9686), 315-323. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61124-7; 10.1016/S0140-6736(09)61124-7

APLICACIÓN DE UN MODELO ASISTENCIAL ENFERMERO EN UN SISTEMA DE EMERGENCIAS PREHOSPITALARIO

AUTOR/ES

Silvia Membrado-Ibáñez, Vicenç Ferrés-Padró, Elena Castro-Naval, F.Xavier Jiménez- Fàbrega.

PALABRAS CLAVE

Diagnósticos enfermeros NANDA, intervenciones NIC, Modelo Bifocal JL Carpenito, asistencia prehospitalaria

INTRODUCCIÓN

La actualización de las Guías de enfermería asistencial en el ámbito prehospitalario pasa por englobar un modelo conceptual enfermero utilizando el lenguaje estandarizado basado en la taxonomía diagnóstica NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), resultados NOC (Nursing Outcomes) e Intervenciones NIC (Nursing Intervention Classification) como parte estructural de estos procedimientos.

Se ha puesto en práctica la identificación de los diagnósticos, problemas de colaboración e intervenciones basados en el marco teórico del modelo de práctica clínica Bifocal de J.L. Carpenito.

OBJETIVOS

Identificar diagnósticos NANDA, problemas de colaboración e Intervenciones NIC, en nuestra práctica asistencial.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo prospectivo observacional. Se incluyeron las asistencias realizadas durante tres meses por dos enfermeros de unidades de Soporte Vital Avanzado Prehospitalario. Revisión de las Guías de Actuación de Enfermería y elaboración de una herramienta para la aglutinación de datos, bajo consenso de expertos. Registro de diagnósticos, problemas de colaboración e intervenciones realizadas en cada paciente y su posterior análisis (paquete estadístico SPSS 17.0) describiendo frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

De 216 diagnósticos enfermeros NANDA-I (2012-14), se identificaron 15 de rol autónomo y 44 problemas de colaboración. De 542 intervenciones NIC (5ª ed.) se registraron 129, identificamos que 10 lo fueron en el 100% de las asistencias: Documentación, Colaboración con el médico, Ayuda en la exploración, Monitorización de los signos vitales, Presencia, Escucha

activa, Vigilancia de la piel, Monitorización respiratoria, Monitorización Neurológica, Control de la medicación.

CONCLUSIONES

Tras revisión bibliográfica se identifica, en atención prehospitalaria, un vacío sobre el tema. En nuestra práctica asistencial, se realizan intervenciones enfermeras que no quedan registradas. Estos resultados podrían aportar datos para avanzar y garantizar la monitorización continua de los cuidados enfermeros en el ámbito prehospitalario, sumándose a la de otros investigadores.

BIBLIOGRAFÍA

Herdman TH, (2012) (Ed.) NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación. 2012 -2014. Barcelona Elsevier.

Johnson M, Bulechek G, Butcher H, et al. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones 2ªed. Elsevier Mosby, 2007.

Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 5ª ed. Elsevier Mosby, 2009:

Carpenito, L.J. Manual de Diagnósticos de Enfermería 9ª ed. McGraw-Hill. 2005

Luis M.T. Los Diagnósticos Enfermeros: revisión crítica y guía práctica. 9ed.Masson 2013.

Moon M. Relationship of nursing diagnoses, nursing outcomes, and nursing interventions for patient care in intensive care units. 2011. University of Iowa. Iowa Research Online

Park H. Identifying Core NANDA-I Nursing Diagnoses, NIC Interventions, NOC Outcomes, and NNN Linkages for Heart Failure. Int J Nurs Knowl. 2014 Feb; 25(1): 30-8.

Park HJ. NANDA-I, NOC, and NIC linkages in nursing care plans for hospitalized patients with congestive heart failure. 2010. University of Iowa. Iowa Research Online

Gordon M. Manual de Diagnósticos Enfermeros y Patrones Funcionales. Barcelona. Elsevier Mosby. 2006.

Cindy A, Scherd, Ph D, RN, Barbara J. Most frequent Nursing Diagnoses, Nursing-Sensitive Patient Outcomes of Hospitalized Older Adults With Heart Failure. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications Volume 22, nº 1, January-March, 2011.

Oliveira MF, Freitas MC. Frequent nursing diagnosis and interventions for women under critical care. Rev Brasileira de Enfermería. 2009 May-Jun; 62(3): 343-8.

Müller-Stanb M, Lavin MA, Needham I, van Achterberg T. Meeting the criteria of a nursing diagnosis classifications.Evaluation of ICNP, ICF, NANDA and ZEFP.International journal of nursing studies. 2007 Jul; 44(5): 702-13.

Müller-Stanb M. Evaluation of the implementation of nursing diagnosis, interventions and outcomes. International journal of nursing terminologies and classifications: the official journal of NANDA I. 2009 Jan-Mar; 20(1): 9-15.

Thoroddsen A, Ehnfors M. Putting policy into practice: pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation. Journal of Clinical Nursing 2007 Sept; 16, 1826-1838.

Gómez de Segura C, Esain A, Tina P, Guembe I, Fernández L, Narvaiza MJ. Interrelationships among "NANDA, NOC, and NIC". A pilot study and an evaluation of a nursing document. Rev Enferm. Barcelona, Spain. 2006 Jul-Aug; 29(7-8): 21

16. Lee TT. Nursing diagnosis: factors affecting their use in charting standardized care plans. Journal of clinical nursing. 2005 May; 14(5): 640-7

Bernhart-Just A, Hillewerth K, Holzer-Pruss C, Paprotny M, Zimmermann Heinrich H. The Electronic use of the NANDA, NOC, and NIC classifications and implications for nursing practice. Pflege. 2009 Dec; 22(6): 443-54.

18. Kautz DD, Van Horn ER. An Exemplar of the Use of NNN Language in Developing Evidence-Based Practice Guidelines. Intern Journal of Nursing Terminologies and Classifications. 2008 Jan-March 19(1): 14-19.

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN COGNITIVA REHACOP Y TAXONOMÍAS ENFERMERAS

AUTOR/ES

Amaia Ortiz De Zarate-San Agustin; M^a Ángeles Ruiz De Azua-Velasco; Isabel Alonso-Durana; Aitziber Ubis-Gonzalez

PALABRAS CLAVE

Déficit cognitivos, diagnósticos de enfermería, intervenciones de enfermería, psicosis, rehabilitación cognitiva resultados de enfermería

INTRODUCCIÓN

El deterioro cognitivo en psicosis representa una característica nuclear de la enfermedad siendo el mejor predictor de la capacidad funcional de la persona y su reincorporación al mundo social y laboral. El programa de rehabilitación cognitiva en psicosis REHACOP aborda la mayoría de los déficits presentes en la psicosis.

OBJETIVOS

Identificar los diagnósticos enfermeros sobre los que se interviene con el programa REHACOP, NOCs para medir su eficacia y NICs que integra este programa.

Seleccionar NOCs para su inclusión en la batería de instrumentos de evaluación que midan la mejoría en el funcionamiento cognitivo del paciente

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza:

Revisión bibliográfica sobre:

Deterioro cognitivo y Psicosis

Programas de rehabilitación cognitiva

Instrumentos de evaluación de la cognición general en pacientes con psicosis

Diagnósticos de enfermería, NOC y NIC que hacen referencia al déficit cognitivo, autonomía personal y calidad de vida

Intervención grupal con programa REHACOP a 76 pacientes con diferente afectación cognitiva

RESULTADOS

Se han identificado:

7 Diagnósticos de enfermería sobre los que interviene el programa REHACOP:

Desempeño ineficaz del rol

Planificación ineficaz de las actividades

Deterioro de la interacción social

Aislamiento social

Descuido personal

Gestión ineficaz de la propia salud

10 NOCs que ayudan a evaluar la eficacia del programa y las intervenciones enfermeras

17 NICs que se trabajan con el programa REHACOP

CONCLUSIONES

Emplear el programa REHACOP en pacientes diagnosticados de psicosis, incluso desde los primeros episodios, ayuda a mejorar los resultados esperados en cognición a la vez que ordena las intervenciones enfermeras

BIBLIOGRAFÍA

Bulechek G.M., Butcher H.K., McCloskey J., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª Edición. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.

Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E., Clasificación de los resultados de enfermería (NOC). Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.

North American Nursing Diagnoses Association NANDA Internacional, Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.

Elizagárate E, Sánchez P, Ojeda N, Napal O, Peña J, Mendiola N, et al. Guía clínica sobre estrategias terapéuticas en la esquizofrenia refractaria o esquizofrenia resistente a tratamiento. Investigación comisionada. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco; 2010.

Krabbendam L, Aleman A. Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies. *Psychopharmacology (Berl)* 2003; 169: 376-82.

Ojeda N, Peña J, Bengoetxea E, García A, Sánchez P, Elizagárate E, et al. REHACOP: programa de rehabilitación cognitiva en psicosis. *Rev Neurol* 2012; 54: 337-42.

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS USADAS TRAS VALORACIONES FAMILIARES EN EL PERIODO 2008-2013

AUTOR/ES

Lima Rodríguez Joaquín Salvador, Domínguez Sánchez Isabel, Lima Serrano Marta, Guerra Martín M^a Dolores

PALABRAS CLAVE

Familias, valoración familiar, diagnósticos NANDA, enfermería

INTRODUCCIÓN

Estudiarlas etiquetas diagnosticas utilizadas tras realizar valoraciones familiares desde un enfoque enfermero, así como su evolución en un periodo de cinco años, permiten conocer las demandas de cuidados que presentan las familias y analizar la tendencias de las mismas, orientando así la práctica clínica.

OBJETIVOS

Conocer las etiquetas diagnosticas NANDA utilizadas tras la valoración de la unidad familiar y su evolución durante el periodo 2008-2013.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo del periodo 2008-2013, de etiquetas diagnosticas NANDA empleadas tras la valoración de 729 unidades familiares residentes en Sevilla capital y provincia. Se utilizó un registro específico en las valoraciones familiares, desarrollado por el equipo investigador.

RESULTADOS

En total, se utilizaron 27 etiquetas NANDA diferentes, siendo las más empleadas "Riesgo de cansancio del rol de cuidador" (32,5%) "Cansancio del rol de cuidador" (26,8%) "Interrupción de los procesos familiares" (22,1%), seguidas de "Afrontamiento familiar comprometido" (8,7%) "Disposición para mejorar los procesos familiares" (8,5%) y "Disposición para mejorar el mantenimiento del hogar" (6,4%). Esta distribución se ha mantenido estable durante el periodo estudiado, adecuándose a las revisiones realizadas por NANDA a la clasificación diagnóstica en dicho periodo. El resto de resultados se presentarán en la comunicación completa.

CONCLUSIONES

Se identificaron tres diagnósticos principales mantenidos a lo largo de los cinco años y una tendencia a emplear etiquetas específicas aplicables al sistema familiar. Estos hallazgos

contribuyen a conocer los principales problemas que afectan a las familias estudiadas desde un enfoque enfermero y permitir planificar y orientar las intervenciones enfermeras hacia las mismas.

BIBLIOGRAFÍA

Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. (2012-14) Barcelona. Elsevier. 2012.

Lima JS, Lima M. Valoración enfermera de la familia. Guía Básica. Disponible en <http://rodas.us.es/items/e15d054f-757a-3d84-0345-64a4e1d00969/1/viewscorm.jsp?tempwn.b=close>

ESTANDARIZACIÓN VERSUS PERSONALIZACIÓN

AUTOR/ES

M^a José Medina-Valverde; Cristina Clapes- Roldan; Carmen de Frutos-Delgado; M^a Aurora Rodríguez-Borrego; M^a Dolores Guerra-Martín

PALABRAS CLAVE

Plan de cuidados, planificación, estandarización, valoración, diagnósticos enfermeros, informes de alta de enfermería, informatización del cuidado.

INTRODUCCIÓN

La aplicación sistemática del proceso enfermero ha favorecido la tendencia a la estandarización.

En opinión de muchas enfermeras este hecho garantiza la calidad en los cuidados así como una disminución de tiempo en la obtención de documentación y de la duplicidad y redundancia de registros.

Otras referencias hacen hincapié en que la excesiva dependencia del profesional de enfermería de estas herramientas puede perjudicar el cuidado al usuario y la autonomía profesional, incidiendo en la importancia de que los planes de cuidados estandarizados se utilicen como referencia para asegurar la continuidad de los cuidados, sin olvidarse en ningún momento de la individualización de cada usuario.

OBJETIVOS

Conocer si la estandarización facilita la planificación de cuidados individualizados y/o personalizados y si se planifica/personaliza la continuidad de los cuidados ofrecidos

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo para evaluar la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. En un Hospital Universitario de tercer nivel.

Se analizó un total de 786 episodios (correspondientes a pacientes ingresados) a los que se les había asignado uno de los seis planes de cuidados estandarizados de uso más frecuentes y/o significativos de dicho hospital realizados durante los años 2005-2008

RESULTADOS

Sorprende el escaso número de valoraciones posteriores a la Valoración inicial. Si bien en el cumplimiento del indicador de calidad, elaboración de Informe de Continuidad de Cuidados al alta, se supera el 80% de cumplimiento en cinco de los seis planes de cuidados estandarizados

estudiados, llegando al 100% en algunos casos. Por su parte en la valoración por necesidades el ítem con mayor registro es "sin alteraciones observadas"

CONCLUSIONES

La estandarización y la personalización se presentan como complementarias, no como desventajas o amenazas entre sí. Los aspectos sobre los que parece que hay que trabajar van más referidos a la constancia en el planteamiento del trabajo por parte de los profesionales enfermeros.

BIBLIOGRAFÍA

NANDA Internacional (2013). Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-20014. Madrid: Elsevier

Bulechek G, Butcher H, McCloskey J (2009). Clasificación e Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª Edición. Madrid: Elsevier Mosby

Morhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. (2009). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª Edición. Madrid: Elsevier Mosby

Cárdenas-Valladolid J, Salinero-Fort MA, Gómez-Campelo P, de Burgos-Lunar C, Abánades-Herranz JC. Effectiveness of Standardized Nursing Care Plans in Health Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Two-Year Prospective Follow-Up Study. 2012. PLoS ONE 7(8): e43870. doi: 10.1371/journal.pone.0043870

Dahm M F, Wadensten B. Nurses' experiences of and opinions about using standardised care plans in electronic health records – a questionnaire study. Journal of Clinical Nursing. 2008; 17: 2137–2145

Jakobsson J, Wann-Hansson C. Nurses' perceptions of working according to standardized care plans: a questionnaire study. Scand J Caring Sci. 2013 Dec; 27(4): 945-52.

IngerJansson, ChristelBahtsevani, EwaPilhammar-Andersson, and Anna Forsberg. Factors and Conditions that Influence the Implementation of Standardized Nursing Care Plans. The Open Nursing Journal, 2010, 4, 25-34

Devany Service&Em M. Pijl-Zieber. Painting by the Numbers: Standardized Care Plans Inhibit the Art of Nursing Practice. Journal of Nursing Heterodoxy. 2013.

Medina Valverde MJ, Rodríguez Borrego MA, Luque Alcaraz O, de la Torre Barbero MJ, ParraPerea J y Moros Molina MP. Estudio evaluativo sobre una herramienta informática de gestión enfermera en el periodo 2005-2010. Enferm.Clin. 2012; 22(1): 3-10

Mayers MG. Un enfoque sistemático para el Plan de Cuidados de Enfermería. Prentice Hall

PTR, 1983

Westra BL, Delaney CW, Konicek D, Keenan G. Nursing standards to support the electronic health record. *Nurs Outlook*. 2008 Sep-Oct; 56(5): 258-266.

Häyrinena K, Lammintakanen J, Saranto K. Evaluation of electronic nursing documentation—Nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. *International Journal of Medical Informatics* 79. 2010. 554–564

IMPLANTACION DE TAXONOMIA ENFERMERA EN UN HOSPITAL SIN HISTORIA CLINICA DIGITAL

AUTOR/ES

Constancio Martínez-López Rafael López-Martínez de Pinillos Ana Isabel Castro-San Pedro

Dolores Heras-Agudo M^a Ángeles García-Pacheco Natalia Trujillo-Orcha

PALABRAS CLAVE

Taxonomía Enfermera Historia Clínica

INTRODUCCIÓN

Tras la entrada en vigor del Real Decreto 1093/2010, donde se recoge el conjunto mínimo de datos (CMBD) que debe recoger un informe enfermero, en nuestro hospital (sin historia clínica electrónica) nuestros documentos de registro de cuidados no facilitaban la utilización de taxonomías recogidos en el real decreto. Se creó un grupo de trabajo con enfermeros de diferentes unidades diseñar una nueva historia clínica enfermera

OBJETIVOS

Implantar una historia clínica y un informe de continuidad de cuidados enfermeros con taxonomía NANDA NOC NIC en un hospital sin historia clínica digital

Tener resultados del proceso de implantación de las taxonomías con indicadores de estructura, proceso y resultado

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal, Ámbito de estudio: Hospital Universitario Santa Cristina, Población diana: Pacientes ingresados en el hospital, Población a estudio: pacientes ingresados en las unidades de Medicina Interna y Cuidados paliativos (Periodo de estudio: 01 /03/ 2013 a 15 /10/ 2013). Tamaño de la muestra: muestreo aleatorio sistemático para $p=0.05$, nivel de confianza 95% y una precisión del 5%, $N=535$ $n=64$. Variables: Cuantitativas (Edad), Cualitativas: (ICCA realizado, Plan de cuidados NNN realizado, Valoración por patrones, GRD, NANDA, NOC, NIC.

Las variables quedaron tabuladas en programa Excel 97/2003 para explotarlos con SPSS versión 17.

Las variables cuantitativas expresadas en media y desviación típica.

Las variables cualitativas en valor absoluto, porcentaje y porcentaje acumulado.

Análisis de asociación de variables cualitativas mediante el estadístico "chi cuadrado".

RESULTADOS

La Edad media: 86 años, los GRD: Trastorno respiratorio (35%), infección urinaria (18%), cuidados paliativos (16%). Pacientes valorados por patrones (84.5%), con 1 plan de cuidados NNN (83%) e ICCA con NNN (92.5%). NANDA durante ingreso: Incontinencia urinaria funcional (10.7%) limpieza ineficaz VA (9.4%) deterioro movilidad (9.4%).NANDA alta: Incontinencia U F (17.7%), deterioro movilidad (12.7%) D.autocuidado: baño (10.1%)

CONCLUSIONES

Por primera vez disponemos de datos sobre las etiquetas taxonómicas más prevalentes en los planes de cuidados enfermeros, tanto durante el ingreso como al alta del paciente, lo que nos sirve de base para estandarizar planes de cuidados enfocándolos al perfil de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

Moorhead, Sue. Clasificación de resultados de enfermería. Elsevier.2012

McCloskey,Joanne. Clasificación de intervenciones de Enfermería. Elsevier.2012

Moorhead, Su. NANDA. Elsevier 2012

Johnson, Marion. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Elsevier. 2012

RD 1093/2010.BOE.2010

Salamanca Castro, A. El aeiou de la investigación en enfermería. Fuden. 2013

PlataformaNNN[http://www.elsevierinstituciones.com/ei/ctl_servlet?_f=1950] (consultada varios días durante diciembre 2013)

VALORACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA DE SEVILLA

AUTOR/ES

Lidia Ruíz-Bayo, Andrés Núñez-Ulgar, José Manuel Pantoja-Benítez, Concepción Martínez-Lara, Encarnación Ramírez-López, Concepción Romero-Brioso

PALABRAS CLAVE

Pacientes hospitalizados, Dependencia, Cuidados Enfermeros.

INTRODUCCIÓN

Últimamente, asistimos al debate sobre cómo los Servicios Sanitarios responderán a las demandas de una población cada vez más envejecida y con mayor número de procesos crónicos. (1). En ciencias de la Salud, son numerosas las investigaciones que analizan el impacto de los servicios enfermeros en el abordaje de pacientes dependientes y con una complejidad que va en aumento. Esta comunicación se engloba en un proyecto de investigación financiado que pretende validar una escala de valoración de las necesidades de cuidados utilizando la taxonomía enfermera (NOC).

OBJETIVOS

Describir el nivel de dependencia de pacientes hospitalizados, comparando el instrumento INICIARE con otras escalas validadas. (2)(3)(4).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo y prospectivo en una muestra consecutiva y estratificada por tipo de unidad, sexo y grupo de edad en el Hospital Universitario Virgen Macarena. La dependencia fue medida a través del Inventario del Nivel de Cuidados mediante Indicadores de la Clasificación de Resultados de Enfermería (INICIARE), Índice de Barthel, Escala de Coma Glasgow y Test de Pfeiffer

RESULTADOS

Muestra formada por 234 pacientes, 46.2% mujeres y 53.8% hombres. La media de edad fue de 62.9 años (DE=16.9). El 46.6% pertenecían a unidades médicas y el 53.4% a quirúrgicas. Según el I. Barthel, el 41.9% de la muestra presentó un nivel de dependencia moderado o escaso, seguido de un 26.9% de pacientes independientes. En la Escala de Glasgow, el 95.3% presentó coma leve y el 5% restante coma moderado o grave. Asimismo, el 88.5% puntuó como orientado según el test de Pfeiffer, el 9.8% desorientado y sólo el 1.7% permanecía

inconsciente. En la escala INICIARE, la media de puntuación fue de 252.24 puntos (85-300) y una DE de 41.38.

CONCLUSIONES

La escala INICIARE representa el primer paso en el uso de los Sistemas Estandarizados de lenguaje enfermero a través de la valoración de las necesidades

BIBLIOGRAFÍA

Instituto Nacional de Estadística. (2010). Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Recuperado de www.ine.es.

Dijkstra, Ate. Coleman, Mick. Tomas, Concepcion. Välimäki, Maritta. Dassen, Theo. (2003). Cross-cultural psychometric testing of the Care Dependency Scale with data. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (2), 181-187.

Porcel Gálvez, Ana María. Morales Asencio, José Miguel. Villaverde, C. (2008). Medida del Nivel de Dependencia en Cuidados Enfermeros. Preliminares de una propuesta Metodológica. *Scentia: Revista Multidisciplinar de Ciencias de la Salud*, 13, 131-135.

Dijkstra, Ate. Buist, Girbe. Dassen, Theo. (1996). Nursing-care dependency. Development of an assessment scale for demented and mentally handicapped patients. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 10 (3), 137-143.

PERCEPCIONES ENFERMERAS SOBRE METODOLOGÍA ENFERMERA

AUTOR/ES

Ramón Casares-Cervilla, María Pilar García-Pertíñez, Elizabeth García-Pertíñez.

PALABRAS CLAVE

Cualitativa, percepción, entrevista, metodología enfermera, opinión enfermeras, proceso enfermero.

INTRODUCCIÓN

La naturaleza de nuestro rol es cuidar, históricamente ligado a la mujer, asociado por su género a la invisibilidad e intangibilidad. Enfermería trata de dotarse de identidad propia y reconocimiento a través de una Metodología Enfermera cuya consecuencia en la práctica es el Proceso de Enfermería. Existen frecuentes evidencias que describen con entusiasmo la adhesión del colectivo a esta metodología, a pesar de un sistema sanitario con un modelo médico hegemónico, recursos humanos insuficientes, práctica clínica centrada en tareas, etc. No existen suficientes evidencias en nuestro entorno para comprender cómo está afectando dicha Metodología a las enfermeras/os, sus pensamientos, inquietudes y cómo éstos pueden afectar el proceso enfermero.

OBJETIVOS

Analizar las creencias-valores que los profesionales atribuyen a la Metodología Enfermera.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cualitativo. Entrevista personal en profundidad audio grabada a enfermeras del Área Gestión Sanitaria Sur Granada (hospital), hasta saturación de información. Análisis de contenido y discurso. Tomando como categorías establecidas: Sujeto (cuidados, paciente, persona cuidadora), conocimiento y motivación.

RESULTADOS

Corriente de pensamiento enfermero que postula una aplicación en la práctica de la Metodología Enfermera incorrecta, viviendo esta forma de trabajo como impuesta y compleja, dando como respuesta de supervivencia, unos registros mecánicos, rutinarios con una planificación estandarizada a todos los pacientes, sin pleno convencimiento, ni consciencia de su utilidad.

Aunque enfermería como colectivo se identifica con la Metodología Enfermera y cree en ella, como vía de desarrollo para situarse como profesión independiente, la adhesión al proceso

enfermero por parte de sus integrantes dista de la teoría en la práctica asistencial, como consecuencia en parte, de falta de credibilidad y confianza.

CONCLUSIONES

Es preciso desarrollar estrategias que potencien la aptitud para desempeñar los cuidados, pero además estimulen una actitud sinérgica, que produzca convencimiento y motivación, para reconocer y usar convenientemente esta Metodología.

BIBLIOGRAFÍA

Gámez MI. Tópicos y arquetipos de la opinión pública: la construcción social de la enfermera. *Enferm Global -Esp-* [Internet] 2011 [citado 19 dic 2013]; 10(22). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/122821>

Fernández Salazar S, Ramos Morcillo AJ. Comunicación, imagen social y visibilidad de los Cuidados de Enfermería. *Rev ENE Enferm* [Internet] 2013 [citado 19 dic 2013]; 7(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/ene/7pdf/7108.pdf>

Krainovich-Miller B, Frauenfelder F, Müller-Staub M. El diagnóstico enfermero en la formación. En: NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier, 2013: 88-98.

Loza Vidal H, Vázquez Mendoza V. Impacto de la implementación del proceso de atención de enfermería en el INNS MVS, mediante una prueba piloto. *Enf Neurol* 2005 ene-dic; 4(1): 1-6.

Domingo-Pozo M, Blanes-Compañ FV, Fernández-Molina, MA, Gómez Robles FJ. Evaluación de la formación en metodología enfermera en el Hospital General Universitario de Alicante: actitudes, creencias y conocimientos de las enfermeras. *Evidentia* [internet] 2007 nov-dic [citado 19 dic 2013]; Año 4(18). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n18/394articulo.php>

Brito Brito PR, De Armas Felipe JM, Crespo-Gómez A, Aguirre Jaime A. Factores asociados al incremento en el uso de la metodología enfermera en Atención Primaria. *Enferm Global -Esp-* 2011; 10(24): 189-199.

Raña Lama CD, Pita Vizoso R, Conceiro Rúa A, Fernández Fraga I, García Martínez CM. Opinión de las enfermeras de atención primaria en el área sanitaria de A Coruña sobre la utilización de los diagnósticos de enfermería. *Enferm Clínica* 2004 mar-abr; 14(2): 77-82.

CORRELACIÓN DE NIVELES DE DEPENDENCIA ENTRE LAS ESCALAS INICIARE Y BARTHEL

AUTOR/ES

Muñoz Serrano, María Eugenia; Sánchez Domingo, Marta; López-Barajas Hernández, Beatriz; Merino Ruiz, Rosaro; Muñoz Yélamo, Almudena; Molina Moreno, Cristina.

PALABRAS CLAVE

Escala INICIARE, dependencia, BARTHEL.

INTRODUCCIÓN

Hace 1 año y medio que recibimos la propuesta por parte de una antigua compañera de colaborar en un proyecto financiado por la consejería de salud y cuyo objetivo es analizar la validez externa y por tanto el impacto del instrumento iniciare como herramienta de trabajo en nuestra metodología enfermera. Este instrumento consiste en una escala tipo Likert de 60 ítem divididos en las 14 necesidades humanas básicas según Virginia Henderson y en la valoración de las diversas escalas de medición BARTHEL, GLASGOW, PFEIFFER y la care dependency scale además recoge datos del cuidador principal teniendo en cuenta al paciente no solo individualmente sino en relación con su entorno. Nos parece una muy buena idea poder contar en nuestro ámbito de trabajo con una escala de estas dimensiones que mida el nivel de cuidados que necesita nuestro paciente; y que enfoque nuestro trabajo a satisfacer las necesidades humanas que presenta alteradas.

OBJETIVOS

Hemos querido después de recoger los datos, hacer un análisis para obtener la correlación existente entre la escala validada a nivel mundial BARTHEL y el cuestionario INICIARE para comprobar la relación existente entre nivel de dependencia y grado de cuidados que tenemos que prestar al paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Nuestra labor en el estudio ha consistido en seleccionar pacientes que estuvieran ingresados en nuestros hospitales (Hospital Alto Guadalquivir, hospital de montilla y hospital clínico de Jaén) desde enero de 2013 hasta abril de 2013. Con un total de 132 pacientes. Necesitábamos que la mitad de la muestra fuesen de unidad de hospitalización quirúrgica y la otra mitad de la unidad de hospitalización no quirúrgica (distinguimos entre hombres y mujeres y mayores o menores de 65 años); teniendo siempre en cuenta los criterios de inclusión (pacientes mayores de 16 años sin distinción de sexo, que estén ingresados en unidades médicas o quirúrgicas, estancia previsible superior a 48 horas) y de exclusión (pacientes ingresados en unidades obstétricas,

urgencias cuidados intensivos, pediatría, hospital de día médico y unidades de corta estancia, rechazo a la participación en el estudio, pacientes trasladados a otros centros, pacientes trasladados a uci). Esta muestra esta estratificada según el número de camas que dispone cada hospital.

Los responsables de la recogida de datos, informan a cada paciente que va a formar parte del estudio, en qué consiste y cuál será la finalidad de los mismos; obteniendo en la totalidad de los casos, el consentimiento para formar parte del mismo. Una vez obtenido dicho consentimiento se le pasara el cuestionario INICIARE. Se ha tenido en cuenta el tiempo medio que se necesita para administrar dicho cuestionario; valor muy importante debido a la sobrecarga laboral con la que cuenta en la actualidad el trabajo enfermero. Son necesarios entre 5 y 10 minutos de media y con el mismo tendríamos ya realizada la primera fase del proceso enfermero "la valoración".

RESULTADOS

Los resultados referentes a la escala BARTHEL son:

Con dependencia total obtenemos en total 18 pacientes de una muestra de 132, siendo por tanto el 14%.

Con dependencia severa obtenemos en total 30 pacientes de una muestra de 132, siendo por tanto el 23%.

Con dependencia moderada obtenemos en total 46 pacientes de una muestra de 132, siendo por tanto el 35%.

Con dependencia escasa obtenemos en total 7 pacientes de una muestra de 132, siendo en total el 5%.

Con independencia obtenemos en total 39 pacientes de una muestra de 132, siendo en total el 30%. El que sea tan alto el porcentaje de pacientes con independencia se debe a que la mitad de la muestra seleccionada son menores de 65 años y en la mayoría de los casos su nivel de dependencia es menor. En la segunda fase del proyecto que se está realizando en la actualidad, se seleccionan los pacientes aleatoriamente por número de historia en la totalidad de la muestra sin tener en cuenta la edad del paciente; que si debe de ser mayor de 16 años.

Con respecto a la escala iniciare, dejar claro que cada ítem puede obtener una puntuación máxima de 5 (mejor valorado) y mínima de 1(peor valorado). El valor mínimo que podemos obtener en la escala es de 60 puntos (dependencia total) y de 300 el valor máximo (independencia). Esta manera de diferenciar entre dependencia e independencia la hemos querido contemplar así, para poder llevar a cabo nuestro objetivo y comprobar por tanto la

manera más correcta de relacionar las dos escalas (el Barthel validada; con el iniciare cuyo objetivo es su validación).

Hemos obtenido por tanto que la media de puntuación en el iniciare con respecto a la muestra total es de 258.05, la desviación estándar media es de 33,50, la mediana es de 266, la puntuación máxima es de 300 y la mínima es de 106.

Analizando estos valores vemos que al igual que en la escala Barthel nuestro perfil de paciente no es mayoritariamente dependiente total; predominando los pacientes que presentan una dependencia moderada o independencia.

CONCLUSIONES

Después del análisis de los datos concluimos que el iniciare podría ser una buena herramienta para medir el nivel de cuidados del paciente en nuestro ámbito de trabajo proporcionándonos una buena valoración del paciente (1 fase del proceso enfermero) contemplando sus 14 necesidades de Virginal Henderson y teniendo en cuenta también a su cuidador principal; y facilitándonos también la realización de la segunda fase del proceso enfermero (diagnosticar) mediante la obtención de los indicadores NOC, que ya nos orientan hacia los diagnósticos enfermeros que presenta nuestro paciente y de la tercera fase (planificar) a partir de los objetivos que queremos conseguir.

BIBLIOGRAFÍA

Pfeiffer E. A Short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J am Geriatr Soc 1975 Oct; 23 (10): 433-41

Mahoney FI, Wood OH, Barthel DW. Rehabilitation of chronically ill patients: the influence of complications on the final goal. South Med J 1958; 51: 605-609.

Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. MD Med J 1965; 14: 61-65
del cuestionario Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin (Barc) 2001 Jun 30; 117 (4): 129-34.

Martínez de la Iglesia J, duenas Herrero R, Onis Vilches MC, Aguado Taberne C, Albert Colomer C, Luque Luque R, Adaptación y validación al Castellano.

San roman Terán CM, Guijarro Merino R, Servicios hospitalarios de medicina interna. Una descripción de la actividad en el Sistema Público de Andalucía en 2002. Rev Clin Esp. 2006; 206 (1): 4-1

Pocel Galvez AM, investigador principal del proyecto "Validación externa del inventario del nivel de cuidados mediante indicadores de la clasificación de resultados de enfermería (INICIARE)

para la evaluación del nivel de dependencia en pacientes hospitalizados. Estudio Multicéntrico (INICIARE 2.0)” febrero.-abril 2013.Nº expediente PI-0828/2012,

Baztan JJ, Perez del Molino J, Alarcon T, San Cristobal E, Izquierdo G, Manzarbeitia I. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1993; 28: 32-40.

EFFECTO DEL PROCESO ENFERMERO EN CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON MARCAPASO DEFINITIVO

AUTOR/ES

Sonia González-Mejorada, María Alejandra Madrid-Miller

PALABRAS CLAVE

Efecto, Proceso enfermero, Calidad de Vida, Marcapaso definitivo, adulto mayor.

INTRODUCCIÓN

El proceso enfermero consiste en establecer intervenciones aplicando el método científico para la resolución de problemas de salud, a través de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, lo que permite detectar las circunstancias que afectan la independencia del adulto y la influencia que tiene en su calidad de vida.

OBJETIVOS

Determinar el efecto del proceso enfermero a través de los patrones funcionales sobre la calidad de vida del paciente adulto mayor con implante de marcapaso definitivo (MPD).

MATERIAL Y MÉTODO

Ensayo clínico, aleatorizado, controlado; en pacientes requieran de la instalación de MPD. La primera evaluación (Tiempo 0) se realiza mediante una entrevista para evaluar la calidad de vida con el instrumento SF36, inmediatamente después de la instalación de MPD. Se formaron dos grupos de pacientes: Grupo I asignados al manejo estándar por enfermería; Grupo II atendidos a través del proceso enfermero. Verificando la calidad de la maniobra; a través de una lista de cotejo. Al mes del egreso hospitalario del paciente, se realizará segunda entrevista con el instrumento SF36.

RESULTADOS

Se han entrevistado a 134 pacientes, con un rango de edad de 60-69 años, predominando el género masculino, nivel de estudios de secundaria. Al realizar la valoración por patrones funcionales a través de las dimensiones de calidad de vida se encontraron diagnósticos en el grupo I en rol físico Deterioro de la movilidad física y grupo II en salud mental Ansiedad. Con una calidad de vida en el grupo I regular 48% y grupo II buena 34%.

CONCLUSIONES

Se encontró que el proceso enfermero con la valoración por patrones funcionales con diagnóstico Disminución del gasto cardíaco; resultado esperado efectividad de bomba cardíaca

y las intervenciones de enfermería cuidados cardiacos y manejo del marcapasos permanente causa un efecto del 60% en la calidad de vida del adulto mayor.

BIBLIOGRAFÍA

Castellano, Carlos y cols. Electrocardiografía clínica. Ed. Elsevier. 2ª ed. México, 346 pp.

Other, Ramón y Cols. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en Marcapasos. Rev Esp. Cardiol, 2003; 53(7): 966.

NANDA Diagnósticos enfermeros 2009- 2011 Ed. Español NANDA Internacional Elsevier; 2009. pp300

Clasificación de los resultados de enfermería 4ª edición Elsevier 2010.

Bulechenek, Gloria. Clasificación de las Intervenciones de enfermería 5ª edición Elsevier 2010.

Marjory Gordon, Diagnostico Enfermero Proceso y aplicación. Ed. McGraw-Hill, 3era. ed. 1996.

PRINCIPALES INTERVENCIONES (NIC) EN ATENCIÓN DOMICILIARIA DE ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS EN ANDALUCIA

AUTOR/ES

Eva Martín-Ruiz; Elena Gonzalo-Jiménez; Miriam Celdrán-Mañas, Andrea González-Rojas

PALABRAS CLAVE

Intervenciones (Nic), Atención Domiciliaria, Gestión De Casos, Enfermería De Práctica Avanzada

INTRODUCCIÓN

La EGC en el modelo andaluz, se inserta dentro de EPA. Su labor se orienta a la atención de pacientes crónicos complejos bajo un enfoque proactivo, utilizando una visión integradora, con una valoración de capacidades y habilidades de adaptación del paciente y su cuidadora principal, y primando actuaciones preventivas y eficientes. Así, nos planteamos concretar las NIC más prevalentes en la atención domiciliaria.

OBJETIVOS

Explorar las NIC más frecuentes en las EGC de AP en la atención domiciliaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio basado en la observación en el terreno. Una enfermera (observadora) acompañó a profesionales de diferentes Centros de Salud durante su atención domiciliaria, mientras anotaba en un cuaderno la actuación e intervenciones que tenían lugar.

Se realizaron un total de 16 observaciones con 6 profesionales de 6 centros de salud distintos, referidas a 33 pacientes y su entorno.

Las anotaciones constituyen el texto analizado en torno a la identificación de NIC. Dos investigadoras de manera independiente codificaron y analizaron la información. Se ha utilizado la herramienta Nvivo v10 para el análisis.

RESULTADOS

Las principales NIC identificadas han sido:

Apoyo al cuidador principal

Apoyo emocional

Asesoramiento

Aumentar el afrontamiento

Derivación

Documentación

Educación sanitaria

Enseñanza dieta prescrita

Enseñanza medicamentos prescritos

Enseñanza proceso de la enfermedad

Escucha activa

Facilitar el duelo

Intercambio de información de cuidados de salud

Planificación al alta

Potenciación de la socialización

Prescripción medicación productos

Prevención de caídas

Prevención úlceras por presión

Seguimiento telefónico

Otras intervenciones sin código NIC:

Captação para visita domiciliaria

Contacto con egc hospitalário

Destino de citas

Gestión de dispositivos de apoyo al cuidado

Gestión de material orto protésico

Valoración – Documentación cuidadora

CONCLUSIONES

El trabajo presentado poner en valor las NIC más relevantes que las EGC de AP realizan en su actividad diaria, proporcionando útil información sobre las actividades ligadas por este perfil profesional.

GESTIÓN DE TAXONOMÍAS EN LA APLICACIÓN DIRAYA POR ENFERMERAS PEDIÁTRICAS

AUTOR/ES

M^a Jesús Mula-Domínguez, Juan M^a Fernández-Sarmiento Manuel J. Díaz-Abollado, Soledad Vázquez-Santiago

PALABRAS CLAVE

Diraya, DAE, pediatría, planes de cuidados; taxonomía

INTRODUCCIÓN

El sistema sanitario público de Andalucía integra toda la información de salud de sus ciudadanos en el sistema DIRAYA. El módulo Diraya de Atención Hospitalaria (DAE) se implantó HUVM en noviembre de 2011. Para las enfermeras hospitalarias, supuso el registro de su actividad profesional en una aplicación informática no exenta de obstáculos.

OBJETIVOS

Describir el manejo de las taxonomías enfermeras en el área de Pediatría del Hospital Universitario Virgen Macarena en el año 2013.

Establecer prevalecias del uso de las diferentes etiquetas diagnósticas (NANDA); así como los resultados (NOC) y sus correspondientes intervenciones (NIC).

Establecer la frecuencia en el uso de planes de cuidados estandarizados o personalizados; y si guarda alguna asociación o relación con el área de cuidado.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y retrospectivo, mediante un análisis de datos secundarios extraídos del DAE.

RESULTADOS

Los planes de cuidados tienen una elaboración desigual entre sus unidades de hospitalización. Preescolares y Oncología pediátrica alcanzan un 30.71% anual; Lactantes un 4.62%, Patología Infecciosa un 15.90% y Escolares un 23.08% anual.

Son las enfermeras que trabajan en el área de Preescolar y Oncológica las que más planes individualizados realizan, el 52.56%.

Las etiquetas diagnósticas más utilizadas son "conocimientos deficientes" con un 74.13% y "Ansiedad" con un 73.23%.

CONCLUSIONES

Las diferencias en los porcentajes de registro de planes de cuidados en la hospitalización pediátrica pueden estar motivadas por la especificidad del cuidado, falta de destreza en manejo de DAE, infravaloración de la utilidad de este registro o falta de tiempo por sobrecarga de trabajo.

Los planes de cuidados estandarizados son más utilizados en las áreas de hospitalización.

Los planes de cuidados individuales son más utilizados en unidades que atienden patologías especiales o complicaciones en los niños ingresados.

Las etiquetas diagnósticas más utilizadas han sido "Conocimientos deficientes" y "Ansiedad".

BIBLIOGRAFÍA

Herdman TH, editora. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier; 2013.

Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA- I y diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. Madrid: Elsevier; 2012.

Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey- Dochterman J, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.

Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editoras. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.

O PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM NO QUOTIDIANO E SAÚDE - PROCEQUIS,

AUTO/RES

Rosane Gonçalves- Nitschke, Ma. Aurora Rodrigues- Borrego, Laura Cristina da Silva Lisboa – Souza,

Adriana Dutra, Tholl, Marizete Argolo- Teixeira, Ma. Dolores Guerra – Martin

PALAVRAS-CHAVE

Processo de Enfermagem, Atividades Cotidianas, Saúde, Modelo de cuidado

INTRODUÇÃO

O processo de enfermagem é um modelo operacional para a prática da enfermagem, que conduz à sistematização da assistência, permitindo a enfermeira planejar um cuidado, atendendo as especificidades de cada pessoa, família, comunidade, respeitando suas crenças, valores, significados, necessidades.

OBJETIVOS

Objetiva-se refletir sobre a experiência de desenvolver uma sistematização da assistência de Enfermagem e Saúde, enfocando o Quotidiano.

MATERIAL E MÉTODOS

Fundamentada na Sociologia Compreensiva e do Quotidiano de Michel Maffesoli e no Interacionismo Simbólico de George Mead. Realizou-se um estudo qualitativo, descritivo, relatando-se experiência da construção, implementação e avaliação do Modelo de Cuidado, denominado, atualmente, de Processo de Cuidar em Enfermagem no Quotidiano e Saúde - PROCEQUIS, que envolve: Conhecendo o Quotidiano e o Cuidado; Definindo a Situação do Quotidiano e do Cuidado; Propondo e Desenvolvendo um Cuidado Compartilhado; Repensando o Quotidiano e o Cuidado.

RESULTADOS

Relata-se a trajetória do modelo, desde a década de 80, até os nossos dias, desenvolvido no sul do Brasil, a partir de uma dissertação de mestrado, vinculada ao Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação, na área da saúde da Família (GAPEFAM). Desde então, tem sido lapidado, incorporando vivências de cuidado no Projeto Ninho, junto a famílias numa comunidade e no Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre Enfermagem, Quotidiano, Imaginário e Família de Santa Catarina (NUPEQUISFAMSC), através de orientações de trabalhos de conclusão da graduação, especialização, mestrado e doutorado.

CONCLUSÕES

O PROCEQUIS mostrou-se efetivo tanto no cenário hospitalar, como comunitário, contemplando os diferentes momentos do ciclo vital, destacando a razão sensível como fio condutor, mostrando a importância de focar o cotidiano. O estudo reafirma que o cuidado em enfermagem e saúde precisa considerar as maneiras de viver no dia a dia, ou seja, o cotidiano, pois nos indicam maneiras de cuidar mais afetivas, efetivas e, portanto, resolutivas.

BIBLIOGRAFIA

Teixeira, Marizete Argolo; Nitschke, Rosane Gonçalves Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres-avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação. Texto contexto - enferm, Mar 2008, vol.17, no. 1, p.183-191. ISSN 0104-0707

Teixeira MA. Meu neto precisa mamar! E agora? Construindo um cotidiano de cuidado junto a mulheres-avós e sua família em processo de amamentação: um modelo de cuidar em enfermagem fundamentada no interacionismo simbólico [dissertação]. Florianópolis (SC): UFSC/PEN; 2005.[Links]

Nitschke RG. Nascer em família: uma proposta de enfermagem para a interação familiar saudável [dissertação]. Florianópolis (SC): UFSC/PEN; 1991.[Links]

Althoff CR. Convivendo em família: contribuição para a construção de uma teoria substantiva sobre o ambiente familiar. Florianópolis (SC): UFSC/PEN; 2001. [Série Teses em Enfermagem, n.31]. [Links]

Blumer H. Symbolic interactionism: perspective and method. Berkeley (CA/USA): University of California Press; 1969.[Links]

Nitschke RG. Uma viagem pelo mundo imaginal de ser família saudável no cotidiano em tempos pós-modernos: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem ao cotidiano em tempos pós-modernos. Pelotas (RS)/Florianópolis (SC): Ed. Universitária UFPel/Ed. da UFSC; 1999.[Links]

Cardozo JS; Rodrigues J. O Quotidiano do processo de cuidar da criança desnutrida hospitalizada: um fortalecimento de pontes entre equipe multiprofissional e família sob um enfoque sócio-cultural [TCC]. Florianópolis (SC): UFSC/Curso de Graduação em Enfermagem; 2000.[Links]

Tholl AD. Os bastidores do cotidiano: as interações entre a equipe de enfermagem e o acompanhante profissional da saúde [dissertação]. Florianópolis (SC): UFSC/PEN; 2002.[Links]

Silva LC. Compreendendo os significados da morte e do morrer para a equipe de saúde no processo de hospitalização infantil: construindo possibilidades de cuidado ao cuidador [dissertação]. Florianópolis (SC): UFSC/PEN; 2002.[Links]

Trentini M, Pain L. Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assitencial. Florianópolis (SC): Ed. da UFSC; 2004.[Links]

Teixeira MA, Nitschke RG, De Gasperi P, Siedler MJ. Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do querer-poder amamentar. Texto Contexto Enferm. 2006 Jan-Mar; 15 (1): 98-106.[Links]

NECESIDADES DE CUIDADOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS SENSIBLES A LA PRÁCTICA ENFERMERA: ESCALA INICIARE 2.0

AUTOR/ES

Ana M^a Porcel-Gálvez, Sergio Barrientos-Trigo, José Miguel Morales-Asencio, Aurora Quero-Rufián, Rogério Manuel Ferrinho-Ferreira.

PALABRAS CLAVE

Valoración de necesidades (Needs Assessment [MeSH]), pacientes hospitalizados (Inpatients [MeSH]), estudios de validación (validation studies [MeSH]).

INTRODUCCIÓN

La Clasificación de Resultados de Enfermería (1) genera un marco idóneo para explicar la complejidad de la prestación de cuidados siendo incluida en diversos estándares de clasificación y de sistemas de información de distintos Servicios de Salud (2) (3). Nuestro grupo de investigación, lleva trabajando desde 2006 en el diseño y validación de un instrumento destinado a la evaluación de necesidades de cuidados de pacientes hospitalizados sensibles a la práctica enfermera (4), desvinculada del enfoque "industrial" en tiempo y en actividades.

OBJETIVOS

Evaluar la consistencia interna y validez de constructo del INICIARE 60 en contextos hospitalarios con distintos niveles de complejidad y perfiles profesionales.

Comprobar la validez de criterio convergente del INICIARE 60 con Care Dependency Scale y con Índice de Barthel.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño descriptivo y concurrente, de validación clinimétrica en 11 hospitales del Sistema Sanitario Público Andaluz. Muestra calculada según McCallum y cols (5), consecutiva, estratificada por tamaño de hospital (nº camas) en un primer orden, por tipo de unidad en un segundo orden, y por sexo y grupo de edad en un tercer orden.

RESULTADOS

La muestra final estuvo compuesta por 1165 pacientes, 52% hombres y 48% mujeres, con edad media 63,3 años (DE=17,3).

Fiabilidad: Coeficiente de Correlación Intraclass y el alfa de Cronbach (0,976), poder explicativo de la varianza de 76,78 %. Validez de criterio con la escala CDS y el índice de Barthel, con

estadísticos de Welch y Brown – Forsythe, los cuales mostraron significación en las diferencias de medias.

CONCLUSIONES

Obtenemos una escala fiable y válida, con la que pretendemos facilitar el contraste y evaluación de resultados, y gestionar de forma equitativa y dinámica los recursos asignados a dichas demandas. Podría albergar numerosas oportunidades para la gestión de cuidados y la toma de decisiones en torno a la organización de los servicios enfermeros en el Hospital.

BIBLIOGRAFÍA

Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4th ed. Madrid: Elsevier España; 2009.

Hyun S, Park HA. Cross-mapping the ICNP with NANDA, HHCC, Omaha System and NIC for unified nursing language system development. International Classification for Nursing Practice. International Council of Nurses. North American Nursing Diagnosis Association. Home Health Care Classification. Nursing Interventions Classification. Int Nurs Rev. 2002; 49(2): 99–110.

Real Decreto 1093/2010. de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 225 de 16 de septiembre de 2010. 2010.

4. Porcel Gálvez A, Morales Asencio J, Villaverde C. Medida del Nivel de Dependencia en Cuidados Enfermeros. Preliminares de una propuesta Metodológica. Scentia: Revista Multidisciplinar de Ciencias de la Salud. 2008; 13: 131–5

McCallum RC, Widaman KF, Zhang S, Hong S. Sample size in factor analysis, Psychological Methods. 1999; 4: 84–99.

DETECCIÓN DE NECESIDADES SOCIALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTOR/ES

M. Luz Carrasco Domínguez; José Manuel González, González; Estefanía Peña Romero

PALABRAS CLAVE

Urgencias, Necesidades Sociales, Coordinación, Gestión de Casos

INTRODUCCIÓN

La Coordinación entre niveles es fundamental para asegurar la continuidad de cuidados y el uso apropiado de recursos sanitarios. Las fronteras entre niveles sanitarios son artificiales, pues se deben más a la organización de los servicios que a las necesidades de los pacientes; pero puesto que existen, lo lógico es que la coordinación entre niveles logre superarlos para ofrecer los servicios que precisan los enfermos.

El propósito de este estudio es diseñar un plan de cuidados personalizados que contemple la valoración integral siguiendo el modelo conceptual de Virginia Henderson con el lenguaje estandarizado de los dominios y clases de la Taxonomía NANDA II desde el servicio de urgencias, y aplicarlo a un paciente con alta domiciliaria, que por su complejidad de cuidados desde un punto de vista asistencial y/o social, necesita recursos socio-sanitarios no demorables que deben ser gestionados por Enfermeras Gestoras de Casos desde Atención Primaria.

VALORACIÓN

Varón de 84 años sin antecedentes personales de interés que ingresa en el Servicio de Urgencias del HAR Utrera por ansiedad y que a su llegada impresiona de problemática social, presentando deficiencias del autocuidado para las actividades de la vida diaria y una actividad nula. Manifestaba que en su vivienda no tenía luz ni agua y que vivía sólo pero que prefería morir a abandonar el domicilio

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

00193 Descuido Personal r/c estilo de vida m/p higiene personal inadecuada, higiene del entorno inadecuada y no adherencia a las actividades relacionadas con la salud.

RESULTADOS

1300 Aceptación: estado de Salud.

Indicadores: 130008 Reconocimiento de la realidad de la situación de Salud

130009 Demuestra resistencia.

INTERVENCIONES

5230 Aumentar el Afrontamiento

5440 Aumentar los sistemas de apoyo

8100 Derivación

7379 Planificación al Alta

EVALUACIÓN

Coordinación positiva entre distintos niveles asistenciales.

BIBLIOGRAFÍA

NANDA International. (2010). NANDA International, DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación, 2009-2011. Elsevier España.

Villarejo Aguilar, L. (2011). Diagnósticos de enfermería en pacientes dados de alta, con enfermedades crónicas, según taxonomía Nanda-I (North American Nursing Diagnosis Association). Enfermería Global, 10(23), 25-29.

Pérez Rivas, F. J., Carrera Manchado, C., Ángeles López Blasco, M., Auñón Muelas, Á., García López, M., & Beamud Lagos, M. (2004). Nuevos indicadores en la provisión de servicios: diagnósticos enfermeros en atención primaria. Enfermería Clínica, 14(2), 70-76.

Castaño Barroeta, C., Cossent Aguinaco, L., & Martínez Alonso, C. (1994). El síndrome socio-sanitario: estrategias de intervención ante un problema nuevo en salud pública. Revista de sanidad e higiene pública, 68(2), 261-266.

LA CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA COMO HERRAMIENTA DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA DE CUIDADOS

AUTOR/ES

Marta Aranda-Gallardo, Juana M^a Sepúlveda-Sánchez, Purificación Alcalá-Gutiérrez, José Carlos Canca-Sánchez, Francisco Rivas-Ruiz, Luís Torres-Pérez.

PALABRAS CLAVE

Dependencia, paciente hospitalizado, valoración de Enfermería, indicadores NOC.

INTRODUCCIÓN

La utilización de los indicadores de la clasificación de resultados de Enfermería puede ser útil para realizar la valoración enfermera que determina las necesidades de cuidados. Actualmente la evaluación del grado de autonomía de los pacientes en hospitales mediante escalas de dependencia es una práctica generalizada. Tras desarrollarse un instrumento de valoración con taxonomía enfermera (INICIARE) se plantea su validación en varios centros hospitalarios.

OBJETIVOS

Analizar los resultados derivados de la aplicación de dos instrumentos de valoración de dependencia a dos muestras de pacientes agudos hospitalizados en distintos centros.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal descriptivo en dos hospitales de Málaga durante los meses de marzo y abril de 2013. Se realizó análisis descriptivo valorando media y desviación estándar (DE) para variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las cualitativas. Para la comparación de resultados por hospital, se utilizó el test de la Ji-Cuadrado para variables cualitativas y test de t de Student para las cuantitativas. Se estableció el nivel de significación en $p < 0,05$. Se utilizó Epidat 3.1.

RESULTADOS

La muestra de estudio fueron 113 pacientes del Hospital Virgen de la Victoria (HVV) y 85 del Hospital Costa del Sol (HCS), siendo ambas muestras comparables por características de sexo, edad y Unidad de Hospitalización (HVV: 54% hombres; 65 años DE 17,2; 50,4% hospitalización quirúrgica; HCS: 51,8% hombres; 67,8 años DE 14,5; 49,4% hospitalización quirúrgica).

Se hallaron diferencias significativas ($p < 0,001$) en los resultados del Barthel (95,6% con dependencia igual o superior a "moderada" de HVV, y del 69,5% en HCS); y en la puntuación media del INICIARE (HVV: media 216,4 DE 53; HCS: 250,5 DE 43,6).

CONCLUSIONES

Se observaron diferencias significativas en los niveles de dependencia de cuidados de dos muestras homogéneas de pacientes agudos hospitalizados mediante la administración del instrumento INICIARE, hecho corroborado por los resultados obtenidos mediante la escala Barthel. El uso de una valoración enfermera basada en la clasificación de resultados de Enfermería, es útil para evaluar la dependencia de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Cuarta edición. Sue Moorhead, PhD, RN
Marion Johnson, PhD, RN Meridean L. Maas, PhD, RN, FAAN

Mahoney FI, Wood OH, Barthel DW. Rehabilitation of chronically ill patients: the influence of complications on the final goal. South Med J 1958; 51: 605-609.

Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md Med J 1965; 14: 61-65.

LA UTILIZACIÓN DE LA TAXONOMÍA ENFERMERA EN ESPAÑA: “DEL DICHO AL HECHO...”

AUTOR/ES

Isidoro Jiménez Rodríguez.

PALABRAS CLAVE

Diagnóstico de enfermería; registros de enfermería; planificación de cuidados.

INTRODUCCIÓN

Hace unas semanas una colega recién graduada me comentaba como una de sus profesoras se esforzaba en clase en hacerles comprender la importancia de utilizar la taxonomía enfermera NANDA NIC NOC, como base de su formación enfermera. Cuando unos meses después se incorporó a su puesto de enfermera se llevó la sorpresa de que en esa unidad no se utilizaba ningún tipo de terminología para la cual la habían adiestrado en sus años de estudio. Pero lo más curioso de todo, aquella profesora que se había esforzado en enseñarles esta terminología, era la misma persona que desempeñaba el papel de supervisora de enfermería en su unidad.

Ante este caso me pregunto cuáles son las causas de esta aparente descoordinación entre el mundo académico y la práctica real de la profesión.

OBJETIVOS

Nuestra meta principal es conocer las causas de la escasa implantación de la terminología enfermera en España. Igualmente se persigue conocer las dificultades que plantean las enfermeras en sus diversos campos o áreas de trabajo. Por último nos preguntamos si ocurre algo similar en otros países occidentales.

MATERIAL Y MÉTODO

Para poder encontrar la información necesaria se ha procedido a realizar una revisión bibliográfica en diversas bases de datos (Medline, Enfispo, Cuiden, etc.), delimitando nuestro análisis a los estudios aparecidos en los últimos diez años.

RESULTADOS

La abundante literatura científica encontrada sobre nuestro tema de análisis no se corresponde con la implantación real de la terminología enfermera.

Se han encontrado suficientes datos para poder dibujar un amplio mosaico con las principales dificultades que señalan las enfermeras para poder aplicar una taxonomía profesional en sus diferentes campos de actuación.

CONCLUSIONES

Antes de seguir produciendo más y más artículos sobre taxonomía enfermera sería preciso ahondar en el estudio de las causas que impiden en su utilización en la práctica diaria de la profesión.

ANÁLISIS DE ÁREAS DE VALORACIÓN E INTERVENCIÓN ENFERMERAS EN ATENCIÓN DOMICILIARIA EN BASE A LOS DOMINIOS Y CLASES DE LA NOC

AUTOR/ES

Miriam Celdrán-Mañas, Candela Bonill de las Nieves; Eva Martín-Ruiz, César Hueso-Montoro, Elena Gonzalo-Jiménez, Marta Linares-Manrique

PALABRAS CLAVE

Atención Domiciliara, Investigación cualitativa, Dominios, NOC

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de enfermería de atención primaria son los referentes en nuestra comunidad de la atención a personas que requieren cuidados en su domicilio, ocupando la atención domiciliar (AD) un volumen importante de su tiempo de trabajo. Se hace pues indispensable explorar el trabajo enfermero en este entorno de atención.

OBJETIVOS

El objetivo del estudio fue doble, por un lado conocer las áreas o dimensiones valorados por los profesionales de enfermería de atención primaria en el entorno domiciliario, y por otro, conocer en qué áreas o dimensiones se inscribían sus intervenciones en este contexto.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cualitativo descriptivo mediante observación. Se realizaron 30 observaciones abiertas de episodios de atención en el domicilio a enfermeras de familia de los distritos de Granada y Málaga. Se ha realizado un análisis de contenido, a nivel semántico, de las descripciones detalladas de las observaciones. Para codificar las intervenciones se han empleado seis dominios de los siete que aparecen en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), que son: salud funcional, salud fisiológica, salud psicosocial, conocimiento y conductas de salud, salud percibida y salud familiar. Igualmente se emplearon las clases de los dominios como códigos para el análisis de las observaciones.

RESULTADOS

El área más valorada con diferencia se corresponde con el dominio de salud funcional, seguida de mayor a menor peso del área de conocimiento y conducta, salud familiar, salud funcional y por último el área de salud psicosocial y salud percibida. Las intervenciones estuvieron centradas en el dominio de salud funcional, salud familiar y conocimientos y conductas de salud.

CONCLUSIONES

El dominio salud psicosocial es el que menos se tiende a valorar y sobre el que menos se interviene en el ámbito de la AD. Los dominios de conocimientos y conductas de salud y salud familiar fueron los más valorados y sobre los que más se intervino.

BIBLIOGRAFÍA

Gené Badía J, Contel Segura JC, Hidalgo García A et cols. Los problemas de salud también explican la utilización de servicios sociales en atención domiciliaria. Atención primaria. 2009; 41(2): 91-101.

Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier, 2009

CONSEJO DIETÉTICO INTENSIVO EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA LORA DEL RÍO

AUTOR/ES

Vicente Fernández-Rodríguez, Carmen González-Porras, M^a de Setefilla Rincón-Guerrero, Cristina Toro-Gómez y Noelia Rumi-Nuñez

PALABRAS CLAVE

Consejo dietético intensivo, índice de masa corporal

INTRODUCCIÓN

Durante el año 2013 se realizaron en la Unidad de Gestión Clínica de Lora del Río los talleres sobre consejo dietético intensivo grupal específico de Atención Primaria. Estos talleres buscan reforzar el conjunto de recomendaciones del Consejo Básico cuando los usuarios precisan de una intervención más amplia. Dichos talleres se realizan una vez a la semana durante un mes. Se realizaron 14 grupos, cada grupo estaba constituido por 12-13 personas.

OBJETIVOS

Valorar la efectividad de los talleres entre la población asistente

MATERIAL Y MÉTODO

En la primera sesión se recogen los datos referidos a la edad, sexo, talla, peso y se calcula el índice de masa corporal (IMC). En la segunda sesión se les explica la pirámide alimenticia, como realizar una dieta correcta y se resuelven las dudas planteadas con respecto a la dieta. En la tercera sesión se continúan resolviendo dudas. Y en la cuarta sesión se pesan y se calcula el IMC, con el fin de comprobar si han modificado sus hábitos alimenticios y si han perdido peso.

RESULTADOS

Pidieron citas para el taller 340. Lo finalizan 148, 93 abandonan y 69 no acuden. El 90,4% son mujeres y un 9,6% son hombres, la media del peso inicial es de 82,04 kg y tras la última sesión la media es de 79,53 kg. El IMC inicial era de 31,65 y al final es 30,68. El 27% presentaba un diagnóstico enfermero de conocimientos deficiente: nutrición, un 36% disposición para mejorar la nutrición y un 26,8% presentaban ambos diagnósticos.

CONCLUSIONES

Tras las cuatro sesiones realizadas observamos una media de pérdida de peso de aproximadamente 3 kilos, mejorando los conocimientos y disposición sobre la nutrición.

BIBLIOGRAFÍA

Guía de consejo dietético intensivo en Atención Primaria disponible en www.juntadeandalucia.es/.../guia_consejo_dietetico_intensivo_ap.pdf

NANDA international. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2009-2011. Madrid: Elsevier, 2010.

OSANAIA: EL NUEVO RETO DE LA GESTIÓN DE CUIDADOS EN OSAKIDETZA

AUTOR/ES

Aitziber Gutiérrez- García de Cortázar, Aitziber Ubis- González, Roberto García-Abad, M^a Luz Peña- González, Ana María Chueca-Ajuria, María Ángeles Cidoncha-Moreno.

PALABRAS CLAVE

Juicio clínico, plan de cuidados, aplicación informática.

INTRODUCCIÓN

En el año 2011, con la incorporación en Osakidetza de la Historia Clínica Electrónica (HCE) y tras la aprobación del Real Decreto 1093/2010, comienza un proceso de análisis de las necesidades de cambio en la herramienta de gestión de cuidados de enfermería.

OBJETIVOS

Desarrollar la nueva aplicación informática para la gestión de cuidados de enfermería de los diferentes ámbitos asistenciales de Osakidetza

Conocer el grado de implantación de la misma

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión y adaptación del producto informático por un equipo integrado por enfermeras de cada ámbito asistencial

Trabajo en grupos conformados por enfermeras de todos los ámbitos asistenciales para el desarrollo de los contenidos: definición de los criterios de valoración y estandarización de planes de cuidados por diagnóstico y situaciones de salud/enfermedad

Realización de acciones formativas previas a la implantación

Implantación de Osanaia en toda la Red de Osakidetza

RESULTADOS

Las principales novedades que incorpora Osanaia son:

Formularios de valoración por ámbito asistencial que ayudan a la enfermera en el registro y en la emisión de juicios clínicos individualizados para cada paciente

Integración efectiva y a tiempo real de la información de los pacientes en los diferentes niveles asistenciales

PCE por diagnóstico de enfermería vs PCE por proceso o diagnóstico médico

Incorporación en los PCE de Criterios de Resultado y medición de indicadores

Se ha realizado una formación en cascada partiendo de un total de 250 referentes. En febrero de 2013 da comienzo la implantación en dos unidades de un hospital y dos UAP. Un año después, ha finalizado la implantación en Araba y continuamos con la extensión en Bizkaia y Gipuzkoa

CONCLUSIONES

La herramienta ayuda en la toma de decisiones y sigue el orden lógico del PAE. La estandarización de PC por diagnóstico de enfermería facilita la individualización y adecuación de los cuidados a la situación del paciente.

La medición de indicadores encamina a la enfermera a realizar una gestión de cuidados orientada al logro de resultados.

BIBLIOGRAFÍA

NANDA-I. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. 1 ed. Barcelona: Elsevier España; 2010.

Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2009

ESTUDIO DE CASO DE DUELO PERINATAL EN GESTANTE PRIMÍPARA

AUTOR/ES

Juana Macías Seda. Carmen Mejías Paneque. Fátima León Larios.

INTRODUCCIÓN

La muerte perinatal (entendida como aquella que ocurre desde las 28 semanas de gestación hasta los primeros siete días de vida) no es un proceso aislado o raro dentro de nuestra práctica asistencial, según los últimos datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística¹ la mortalidad perinatal en el 2005 (últimos datos analizados) fue 4.9 x 1000. Además supone un proceso biológico que marcará la vida social, familiar y de la pareja de la mujer durante toda su vida.

Tras la muerte perinatal se produce un duelo con unas connotaciones muy especiales: Se trata de un duelo negado porque no existen rituales religiosos que lo legitimen (no hay entierros) y se vive con secretismo e intimidad dentro del núcleo familiar²; además es un duelo complejo y muy diferente al de otras pérdidas porque se produce la pérdida de un proyecto de futuro y es, sobre todo, un duelo desautorizado porque no es reconocido socialmente (no se produce el proceso de luto como en otras muertes) ni es expresado por la mujer y su pareja de forma abierta viviéndose con gran soledad¹.

En el estudio etnográfico realizado por Layne³ con tres grupos de apoyo de pérdida del embarazo en EE.UU extrae dos conclusiones fundamentales: Las mujeres son capaces de romper el silencio que rodea este tipo de duelo y contar su experiencia cuando se encuentran con otras mujeres que han pasado por lo mismo. Por otro lado, las mujeres sienten que las unidades de atención hospitalaria durante el proceso de parto y puerperio posterior deconstruyen su identidad como madre al perder el embarazo o tener un feto fallecido. "No hay espacio físico o psicológico en las unidades de maternidad en el caso de madres sin bebé ¿es madre? o ¿es paciente?" Layne sugiere que los tabúes sociales de muerte, fracaso y biología de la mujer limitan el reconocimiento social de este hecho y la falta de mecanismos de apoyo, ¿cómo si no podemos explicar que la mayoría de hospitales españoles no tengan un protocolo de atención al duelo perinatal? ¿cómo explicar que sean las asociaciones las que han tomado el papel de apoyo a los progenitores porque no existen grupos de apoyo a las familias dentro del sistema sanitario? ¿cómo explicar que se carezcan de programas formativos dirigidos a profesionales sanitarios?

Aunque en España no se han realizado estudios de investigación cualitativos sobre la percepción de los padres en la atención sanitaria ofrecida tras el diagnóstico de muerte fetal, desde las asociaciones encargadas de brindar apoyo y asesoramiento a los progenitores que sufren estas pérdidas nos dicen que muchas mujeres manifiestan insatisfacción con la atención recibida por parte del personal hospitalario². La falta de atención, apoyo y comunicación son

las principales quejas en relación con la atención recibida. La percepción de una atención de calidad hacia la familia se encuentra directamente relacionada con la actitud de empatía y cercanía mostrada por el personal sanitario, estas percepciones positivas ayudarán a la familia a enfrentarse al duelo y promover recuerdos válidos que los ayudarán en su resolución.

Por tanto, la profesión sanitaria debe entender que el duelo es un proceso normal que ayuda a asimilar la pérdida del recién nacido y que requiere un tiempo de asimilación y adaptación durante el cual surgirá una florida sintomatología física como respuesta somática al dolor de la pérdida, la resolución del duelo fisiológico puede durar de uno a dos años aunque a los seis meses este acontecimiento dejará de ser el eje central de su vida emocional⁵. Las mujeres y sus parejas necesitan ser acompañadas y guiadas en este duro trance para prevenir el surgimiento de patologías psiquiátricas o prolongar el duelo, la falta de apoyo sanitario y el "silencio" por respuesta que hasta ahora obtienen de la mayoría de instituciones sanitarias las hará más vulnerables al duelo complicado y a tener respuestas adversas en salud⁶. La elaboración de un plan de cuidados individualizado a cada mujer que sufre este trance ayudará en la comunicación enfermera, a centrar objetivos y brindar el soporte que necesitan.

VALORACIÓN

Se realiza según los patrones funcionales de Marjory Gordon puesto que es un modelo de valoración que permite organizar los patrones funcionales en bases de datos agrupados que facilitarán la posterior etapa de formulación diagnóstica. Sólo hemos recogido aquellos patrones que se encuentran alterados, cabe decir que a pesar de que la muerte perinatal conlleva un riesgo biológico para la madre junto con el proceso del parto, en este caso clínico sólo nos hemos centrado en la valoración emocional y los diagnósticos que derivan de ella.

Motivo de consulta: Gestante Primípara de 33 años de edad y de 38 semanas de gestación que acude a urgencias obstétricas por no percibir movimientos fetales desde hace 3 horas. Tras ecografía se confirma ausencia de latido fetal, se informa a ella y su pareja de la muerte fetal y queda ingresada en dilatación para proceder a inducción de parto según protocolo hospitalario.

a) Percepción / manejo de la salud:

Carece de antecedentes familiares de interés, tampoco presente antecedentes personales de riesgo, no es alérgica a ningún medicamento y la gestación actual ha sido bien tolerada, con seguimiento completo del embarazo acudiendo a todas las visitas y con una evolución sin anomalías.

No presenta hábitos tóxicos y tiene un estilo de vida saludable haciendo ejercicio aeróbico dos veces en semana.

b) Patrón autopercepción/autoconcepto:

Manifiesta una continua culpabilización hacia lo acontecido, rechaza a su propio cuerpo y su capacidad de ser madre. Su conducta no verbal remarca esta sensación de fracaso biológico. Se encuentra muy nerviosa y agitada.

c) Patrón Rol/Relaciones:

Actualmente vive con su marido y no tienen cargas familiares u otras personas que vivan con ellos. Manifiestan tener un sistema de apoyo familiar y relaciones fluidas con sus amigos. Tras el diagnóstico presenta dificultad para entender los conceptos y pautas de tratamiento, compatible con la fase de shock del duelo.

d) Patrón Sexualidad/Reproducción:

Ciclo menstrual regular con fórmula menstrual 4/28. Método anticonceptivo: el Preservativo que abandonan ante el deseo de concebir. Carece de disfunciones reproductivas. Primigesta sin abortos previos. Semanas de Gestación según fecha de última regla: 38.

e) Patrón Adaptación/Tolerancia al Estrés:

Actualmente es incapaz de tomar decisiones delegando en el marido todas las decisiones así como el proceso de informar a familiares y amigos.

DIAGNÓSTICOS ENFERMERO⁷

Tras analizar e interpretar los datos obtenidos en la entrevista y complementarlos con la historia clínica, se emiten los siguientes diagnósticos.

000120 Baja Autoestima situacional	Definición	Desarrollo de una apreciación negativa en respuesta a una situación concreta (muerte perinatal)
	Patrón	Autopercepción /autoconcepto
	Necesidad	Comunicación/relación
000172 Riesgo Duelo complicado	Definición	Riesgo de aparición de un trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa
	Patrón	Afrontamiento/tolerancia al estrés
	Necesidad	Comunicación/relación
000136 Duelo	Definición	Proceso que incluye respuestas emocionales, físicas, sociales y espirituales por las que las personas incorporan en su vida una pérdida significativa
	Patrón	Función /relación
	Necesidad	Valores/creencias
000146	Definición	Vaga sensación de malestar acompañada

Ansiedad		de un sentimiento de aprensión por la anticipación de un peligro
	Patrón	Autopercepción/autoconcepto
	Necesidad	Seguridad

INTERVENCIONES (NIC) Y RESULTADOS (NOC)^{8,9,10}

Diagnóstico: 000120 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL

Debido a las connotaciones especiales del duelo perinatal las intervenciones irán encaminadas a aumentar la autoestima, eliminar la culpabilidad y sensación de fracaso biológico.

NIC	NOC
005270 Apoyo emocional	001304 Resolución de la aflicción
005240 Asesoramiento	001205 Autoestima
005294 Facilitar el duelo	001305 Cambio de vida

Diagnóstico: 000172 RIESGO DE DUELO COMPLICADO

Las intervenciones irán encaminadas a la resolución de la aflicción con un adecuado asesoramiento, apoyo emocional y escucha activa como elemento facilitador de las expresiones de duelo

NIC	NOC
007140 Apoyo a la familia	001302 Afrontamiento de los problemas
005270 Apoyo emocional	001304 Resolución de la aflicción
004920 Escucha activa	

Diagnóstico: 00136 DUELO

Las intervenciones irán encaminadas a centrar las emociones y ofrecer pautas para lograr la elaboración de un duelo sano

NIC	NOC
005294 Facilitar el duelo	002600 Afrontamiento familiar
005430 Grupos de apoyo	001302 Afrontamiento de problemas
004920 Escucha activa	001304 Resolución de la aflicción

Diagnóstico: 000146 ANSIEDAD

Las intervenciones irán encaminadas a disminuir y controlar la ansiedad a través de un soporte emocional adecuado así como asesorar en la toma de decisiones mediante la información adecuada.

NIC	NOC

002300 Administración de medicación	001402 Autocontrol de la ansiedad
005270 Apoyo emocional	001302 Afrontamiento de los problemas
005294 Facilitar el duelo	

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Instituto Nacional de estadística. Movimiento natural de la población española: Muerte fetal tardía. 2008. [Fuente consultada 13 Octubre 2013].
- 2.- Ilse Sherokee. Brazos vacíos. Arlene Appelbaum Publishers; 2010.
- 3.- Layne L.L. Pregnancy and infant loss support: A new, feminist, American patient movement. Social Science and Medicine. 2006; 62 (3): 602-13.
- 4.- St. John A, Cooke M, Goopy S. Shrouds of silence: Three women´s stories of prenatal loss. Australian Journal of Advanced Nursing. 2006; 23 (3): 8-12.
- 5.- Pía Lopez, Ana. Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. Asociación Española Neuropsiquiatría. 2011; 31 (109): 53-70.
- 6.- Cummings Hendricksons, Karrie. Morbidity, mortality and parental grief: A review of the literature on the relationship between the death of a child and the subsequent health of parents. Paliative and supportive care. 2009; 7:109-119.
- 7.- NANDA-I. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. 1 ed. Barcelona: Elsevier España; 2010.
- 8.- Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.
- 9.- Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.
- 10.-Alfaro-LeFevre R. Aplicación del Proceso enfermero. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2007.

Pósters

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA MUJERES CON FIBROMIALGIA ADOPTANDO EL MODELO DE M. MISHEL

AUTOR/ES

M. Carmen Olivé-Ferrer; M. Pilar Isla-Pera.

PALABRAS CLAVE

Fibromialgia, cuidados enfermeros, Modelo Merle Mishel, plan de cuidados estandarizado

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica de difícil diagnóstico y manejo clínico, se caracteriza por dolor crónico generalizado y una gran variabilidad de signos y síntomas⁵⁷. En 1990 EL Colegio Americano de Reumatología desarrolla unos criterios para su diagnóstico y en 2010 los revisa haciendo hincapié en el dolor generalizado y en el índice de gravedad de síntomas, siempre buscando un diagnóstico diferencial y una aportación al bienestar⁵⁸. No se considera una entidad marginal o enfermedad rara ya que la prevalencia es del 2,4%, siendo en las mujeres del 4,2 y en los hombres del 0,2⁵⁹.

La elaboración de un Plan de cuidados estandarizado (PCE), manteniendo unos criterios de pensamiento crítico y reflexivo⁶⁰, pretende ser un punto de partida para ofrecer cuidados de calidad e individualizados, adoptando, así mismo, el modelo de Cuidados de Merle Mishel (1990), que aporta elementos teóricos para una práctica actual de cuidados enfermeros. Para la cumplimentación del PCE se recogerán los datos a través de la entrevista, la observación y la exploración física, atendiendo a los siguientes apartados y conceptos principales del modelo:

Nivel de INCERTIDUMBRE y ESQUEMA COGNITIVO que incluye la vivencia de la enfermedad y su significado, entendiendo enfermedad en sentido amplio, cuidados, tratamientos y experiencia de salud-enfermedad.

Referente al MARCO DE LOS ESTÍMULOS se atenderá a la TIPOLOGÍA DE LOS SÍNTOMAS o posible identificación de los mismos como configuración que se repite, FAMILIARIDAD DE LOS

⁵⁷ Goldenberg, D. L. (2003). *Fibromialgia, una guía completa para comprender y aliviar el dolor*. Barcelona: Paidós.

⁵⁸ Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Yunus, M. B. et al. (2010). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care Research*, 62 (5) 600-610.

⁵⁹ Carmona, L., Ballina, J., Gabriel, R., Laffon, A. (2001). The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Annals of the rheumatic diseases*, 60, (11) 1040-1045.

⁶⁰ Alfaro-Lefvre, R. (2009). *El pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería. Un enfoque práctico para un pensamiento centrado en los resultados*. (4ª ed) Barcelona: Elsevier Masson.

HECHOS en este caso se pueden reconocer por su grado de repetición y la COHERENCIA DE LOS HECHOS vínculo entre lo que se espera por su reconocimiento y lo experimentado en la vivencia concreta de la enfermedad.

Las FUENTES DE LA ESTRUCTURA representan los recursos existentes para atender a la persona afectada y que pueda interpretar a su vez el marco de estímulos y gestionar su incertidumbre, son la AUTORIDAD CON CREDIBILIDAD o grado de confianza ante los profesionales de la salud y el APOYO SOCIAL o apoyo personal, familiar y comunitario.

Las CAPACIDADES COGNITIVAS representan las habilidades de la persona para procesar la información y llevar a cabo respuestas adecuadas al aprendizaje, como resultado de la educación para la salud.

La ADAPTACIÓN ARMÓNICA y la NUEVA PERSPECTIVA DE VIDA tienen que ver con el afrontamiento a la enfermedad y la integración de la incertidumbre como inherente a la misma y vivida como oportunidad y no como riesgo.

El PENSAMIENTO PROBABILÍSTICO incluye la perspectiva de azar e incertidumbre en contraposición de pensamientos hegemónicos como la certeza y la previsión⁶¹.

Para la elaboración de dicho PCE los datos parten de una investigación más amplia, se revisan las notas de campo de la observación participante llevada a cabo en la Unidad Especializada del Hospital Clínico de Barcelona entre 2008 y 2010, así como la entrevista en profundidad realizada a 10 mujeres diagnosticadas de fibromialgia, de edades entre 45-69 años, con una evolución de la enfermedad de 11-40 años⁶².

El contexto de aplicación del PCE sería en atención primaria y unidades especializadas

VALORACIÓN

Nivel de INCERTIDUMBRE se percibe un nivel diferente atendiendo al tiempo de evolución de la enfermedad y también al tiempo entre el inicio del malestar y el diagnóstico. Incluye los aspectos de la enfermedad y la gestión de los diferentes tratamientos, alopáticos y complementarios

ESQUEMA COGNITIVO la enfermedad se vive con paradojas constantes, dolor y fatiga con imposibilidad de llevar a cabo las actividades cotidianas y seguir una agenda a la vez que el aspecto externo se mantiene aceptable. Un día puede amanecer con energía y al siguiente la sensación de descarga total hace imposible cualquier actividad.

⁶¹Bailey, D., Stewart, J. (2005). Merle Mishel, La incertidumbre frente a la enfermedad. Dins A. Marriner, M. Allgood, *Modelos y teorías en enfermería* (p. 561-584). Madrid: Elsevier España.

⁶² Olivé, MC (2012) Els significats de l'experiència viscuda per persones amb fibromiàlgia. Una mirada des de la Infermeria. Tesi doctoral

MARCO DE LOS ESTÍMULOS

TIPOLOGÍA DE LOS SÍNTOMAS la falta de un sueño reparador y el dolor hace que el despertar y levantarse sea una proeza, después se puede mantener una cierta actividad, tanto laboral como de ocio, aunque difícil mantener un horario de trabajo rígido, si bien lo que desean es desarrollarlo. En las mujeres la fatiga suele representar un mayor impedimento, para la actividad, que el propio dolor. También los trastornos intestinales pueden dificultar una movilidad adecuada. Una actividad extra puede representar una semana de descanso, aunque hay mujeres que son capaces de mantener una jornada de trabajo adaptada.

FAMILIARIDAD DE LOS HECHOS el reconocerse y poderse avanzar a las crisis o bien reservarse para algún evento les hace descansar o tomar medicación de rescate, aunque siempre puede ser imprevisible y a la vez dañino cualquier emoción, tanto una alegría como un disgusto. Tienen capacidad para organizarse en la vida cotidiana y atender a los cuidados de mantenimiento del hogar, cocinar y congelar para cuando no se puede, hacer una lista y encargar la comida, sentarse y colgar los calcetines en una percha. Aprendizajes que después comparten en las asociaciones de personas afectadas.

COHERENCIA DE LOS HECHOS al inicio de la enfermedad no se da dicha coherencia, en la medida que llevan más años con la vivencia de la enfermedad se va incorporando dicha coherencia, entre lo esperado y lo experimentado como resultante de la enfermedad. Saben el tiempo que se mantendrá una crisis, aunque son conscientes que a menudo cada una representa un empeoramiento global.

FUENTES DE LA ESTRUCTURA

AUTORIDAD CON CREDIBILIDAD se da una gran variabilidad en el nivel de confianza ante los profesionales: las enfermeras somos poco o nada visibles y cuando lo somos, en una perspectiva tradicional y como ayudantes del médico. Referente a la figura del profesional médico se dan desde quien les tiene un alto grado de confianza hasta los que pueden llegar a negar la enfermedad.

APOYO SOCIAL se da una gran variabilidad, quien cuenta con la pareja, los hijos y el entorno de amistades; también quien se siente sola y poco comprendida por el entorno.

CAPACIDADES COGNITIVAS a menudo refieren dificultades en la atención y comprensión aunque son capaces de captar la información de la educación para la salud a la vez que muestran interés en buscarla y compartirla.

ADAPTACIÓN ARMÓNICA aquí también se pueden dar diferentes grados de adaptación, según el tiempo de evolución y según las propias perspectivas. La adaptación armónica suele ir de la mano de una nueva perspectiva de vida.

NUEVA PERSPECTIVA DE VIDA hay quien hace un proceso personal de trascendencia y después de una fuerte vivencia de enfermedad grave y difícil de sobrellevar, pensando hasta en el

suicidio, a dar valor a cada momento y a cada amistad de su nueva vida. A menudo es la realidad, la imposibilidad de llevar a cabo el trabajo y las actividades cotidianas, como evidencia, las que fuerzan la nueva perspectiva de vida.

El PENSAMIENTO PROBABILÍSTICO la incertidumbre se mantiene y la suelen aceptar como inherente en una enfermedad crónica que se presenta también en crisis, saben que no pueden disponer de agenda, ni para trabajo ni ocio o vacaciones, se suele aceptar aunque con resistencia y cierta contrariedad.

DIADNÓSTICO NANDA	NOC Y INDICARORES POSIBLES	NIC Y ACTIVIDADES POSIBLES
(00092) Intolerancia a la actividad	<u>(0306) Auto cuidados: actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)</u> (30601) Compra comestibles. (30603) Compra las cosas necesarias para la casa. (30604) Prepara las comidas. (30605) Sirve las comidas. (30606) Utiliza el teléfono. (30607) Maneja la comunicación escrita. (30609) Realiza las tareas del hogar. (30612) Controla el dinero. (30617) Controla su propia medicación no parenteral	(7180) Asistencia en el mantenimiento del hogar (718001) Determinar las necesidades de mantenimiento en casa del paciente. (718002) Implicar al paciente / familiar en la decisión de las necesidades de mantenimiento en casa. (718004) Proporcionar información sobre la manera de convertir el hogar en un sitio seguro y limpio. (718005) Ayudar a los miembros de la familia a desarrollar expectativas realistas de ellos mismos en la realización de sus papeles. (718008) Facilitar la limpieza de la ropa sucia. (718010) Discutir el coste del mantenimiento necesario y de los recursos dispositivos. (718011) Ofrecer soluciones a las dificultades económicas. (718012) Solicitar servicios asistenta, si procede. (718013) Ayudar a la familia a utilizar la red de apoyo social. (718014) Proporcionar información sobre cuidados intermitentes, si es necesario. (718015) Coordinar el uso de recursos de la comunidad.
(00054) Riesgo de soledad	(1308) Adaptación a la discapacidad física (130801) Expresa verbalmente capacidad para adaptarse a la discapacidad. (130802) Expresa verbalmente reconciliación con la discapacidad. (130803) Se adapta a limitaciones funcionales. (130804) Modifica el estilo de vida para acomodarse a la discapacidad. (130805) Modifica objetivos de carrera para acomodarse a la discapacidad. (130806) Utiliza estrategias para disminuir el estrés relacionado con la discapacidad. (130807) Identifica maneras para aumentar el sentido de control. (130808) Identifica maneras para enfrentarse con cambios en su vida. (130809) Identifica riesgo de complicaciones asociadas con la discapacidad. (130810) Identifica un plan para cumplir las actividades de la vida diaria. (130811) Identifica un plan para cumplir las actividades instrumentales de la vida diaria. (130812) Acepta la necesidad de asistencia física. (130817) Informa de la disminución del estrés relacionado con la discapacidad. (130818) Informa de la disminución de los sentimientos negativos. (130819) Informa de la disminución de la imagen corporal negativa. (130820) Informa del aumento de confort psicológico.	(5240) Asesoramiento (524001) Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. (524002) Demostrar simpatía, calidez y autenticidad. (524003) Establecer la duración de las relaciones de asesoramiento. (524004) Establecer metas. (524005) Disponer la intimidad para asegurar la confidencialidad. (524006) Proporcionar información objetiva según sea necesario y si procede. (524007) Favorecer la expresión de sentimientos. (524008) Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno. (524009) Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones. (524010) Pedir al paciente/ser querido que identifique lo que se puede/no puede hacer sobre lo que le sucede. (524011) Ayudar al paciente a que realice una lista de prioridades de todas las alternativas posibles al problema. (524012) Identificar cualquier diferencia entre el punto de vista del paciente y el punto de vista del equipo de cuidadores acerca de la situación. (524013) Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia. (524014) Expresar oralmente la discrepancia entre los sentimientos y conducta del paciente. (524015) Utilizar herramientas de valoración (papel y lápiz, cinta de audio, cinta de vídeo o ejercicios interactivos con otras personas) para ayudar a que aumente la conciencia de sí mismo del paciente y el conocimiento de la situación por parte del asesor, si procede. (524016) Revelar aspectos seleccionados de las experiencias propias o de la personalidad para dar autenticidad y confianza, si resulta oportuno. (524017) Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes, y reforzarlos.

	(130821) Obtiene información sobre la discapacidad. (130822) Utiliza recursos de la comunidad. (130823) Obtiene ayuda de un profesional sanitario. (130824) Utiliza Un sistema de apoyo personal.	(524018) Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades, si procede. (524019) Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados. (524020) Reforzar nuevas habilidades. (524021) Desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo mucho estrés.
Otros diagnósticos que se pueden definir, aunque posiblemente, con los dos desarrollados y su correspondiente planificación queden cubiertos:		
(00133) Dolor crónico		
(00119) Baja autoestima crónica		
(00097) Déficit de actividades recreativas		

Para llevar a cabo los diagnósticos NANDA y la consecuente planificación se ha utilizado la plataforma en línea NNN Consult⁶³ que permite consultar los lenguajes estandarizados, así mismo, se podrá consultar para la cumplimentación de los diagnósticos anotados y no desarrollados.

REFLEXIÓN FINAL

La FM es una enfermedad crónica que se muestra con gran variabilidad de signos y síntomas y que supone un antes y un después en la biografía personal y del entorno. Los modelos enfermeros del paradigma de la transformación y el de M. Mishel en concreto, nos aportan elementos suficientes para representarnos la vivencia de la enfermedad desde una perspectiva enfermera a la vez que actual; por su parte, las nomenclaturas NNN facilitan la comunicación entre profesionales y el razonamiento crítico, permiten avanzar en la investigación y cambios que se derivan de ella.

Un PCE que parte de un modelo enfermero actual e incorpora una nomenclatura estandarizada puede ser de gran ayuda para los profesionales de enfermería que cuidan a mujeres afectadas de FM, enfermedad crónica con gran estigma, a la vez que poco conocida.

⁶³ <http://www.nnnconsult.com/index>, accedido 15/01/2014

INTRODUCCIÓN Y DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA ENFERMERA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE NAVARRA DESDE LA REFORMA SANITARIA HASTA LA ACTUALIDAD (1986-2013)

AUTOR/ES

Ana María Ariztegui–Echenique, María José Galán–Espinilla, Guillermina Marí–Puget

INTRODUCCIÓN

La ME es la aplicación del método científico al PAE. Cuidar con metodología consiste en partir de la valoración de las necesidades del paciente, de modo, que podamos realizar el diagnóstico, determinar qué resultados queremos alcanzar y cuáles deben ser las intervenciones a realizar para conseguirlos, es decir, aplicar el PAE. Se trata de un método desarrollado por los profesionales de enfermería para mejorar la calidad de la atención que prestan. Nos permite organizar pensamientos, observaciones e interpretaciones, mejorar la comunicación y evitar omisiones; nos proporciona las bases para la investigación de los cuidados y contribuye a la promoción, prevención, mantenimiento y recuperación de la salud de los individuos, familia y comunidad. Esta forma de trabajo ha cambiado desde su implantación hasta la actualidad, que han beneficiado a la enfermería, de ayer y de hoy, aumentando la vinculación del paciente en su autocuidado. De igual modo contribuye al desarrollo y crecimiento de la profesión enfermera.

Los Planes de Cuidados (PC) deben cumplir las siguientes premisas: servir para mejorar la calidad científico – técnica de los cuidados que se prestan y proporcionar a enfermería la herramienta que le permita un abordaje integral y continuo de los diferentes problemas socio-sanitarios.

Para Alfaro – LeFevre es un “método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente”. Los cuidados enfermeros son la esencia de la profesión y la ME como instrumento que garantiza la aplicación de cuidados, de forma ordenada y avalados por la evidencia científica (EBE).

Desde la implantación de los estudios de enfermería en la Universidad, la utilización de la ME en nuestro quehacer diario se amplía de manera paulatina, sufriendo un mayor empuje tras la implantación de la historia electrónica en nuestro Sistema de Salud. Las enfermeras de AP desarrollaron en las dos últimas décadas una mayor responsabilidad en cuanto a la provisión de servicios sanitarios, convirtiéndose en auténticas gestoras de cuidados.

En la Comunidad Foral de Navarra sus inicios se remontan a la década de los 90, cuando la ME se incorporó a los planes docentes del Sistema Navarro de Salud - Osasunbidea (SNS-O). Desde su inicio hasta la actualidad el trabajo de AP ha sido constante y decisivo para llegar al punto en el que se encuentra de desarrollo e implantación.

OBJETIVOS

Generales

Conocer el grado de implantación de la ME en el quehacer diario de las consultas de enfermería de AP del SNS-O, desde el inicio de la reforma sanitaria hasta la actualidad.

Objetivos Específicos

Identificar el desarrollo de la ME en AP-Na.

Conocer las diferentes fases evolutivas del proceso de implantación.

Determinar los cambios acontecidos durante el proceso de implantación, así como los agentes que intervienen en el proceso de desarrollo.

Analizar las dificultades encontradas en la práctica diaria enfermera para la instauración de la ME.

Identificar los beneficios y perjuicios que ocasiona la utilización de la ME en el día a día de la consulta de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio de intervención de campo mediante el análisis de toda la documentación existente en la Dirección de Atención Primaria (DAP) relacionada con el tema de estudio.

Los datos obtenidos de la revisión se distribuyen por fases tal y como se llevó a cabo el proceso de implantación. Se analizan, entre otros, los siguientes aspectos: opiniones sobre el uso del proceso atención de enfermería (PAE) y lenguajes estandarizados, la motivación, dificultades percibidas en la formación y utilización, valoración del proceso de aprendizaje, ventajas e inconvenientes encontrados y utilidad.

INICIOS DE LA METODOLOGÍA ENFERMERA (1986- Septiembre 1998)

1986 - 89	Cursos de ME, docentes de fuera de Navarra
1990 - 92	Cursos de ME, docentes de la propia comunidad
1996	Formación en los Centros de Salud
1997	Constitución del "Grupo de Diagnósticos de Enfermería" Documentación con los motivos de consulta más frecuentes para enfermería en AP Metodología Enfermera: Virginia Henderson y NANDA. Implantación de "Talleres de ME". Constitución del Grupo de Apoyo para la Metodología en Atención Primaria (GAMET) Elaboración y distribución de documentación del PAE.

Tabla 1. Resumen actuaciones realizadas 1986-97

PRIMERA FASE (octubre 1998 – Junio 1999)

1998-99	Sesiones de seguimiento.
1ª Fase: GAMET	Participación 47 ZBS (de 53) y 169 profesionales. Valoración de las dificultades de implantación y soluciones buscadas. Servicio básico y consulta de enfermería a demanda.

	Pilotaje de la historia clínica informatizada en 2 ZBS.
	X Jornadas de Atención Primaria de Navarra (Bertiz).

Tabla 2. Resumen actuaciones realizadas 1998-1999 (1ª Fase)

SEGUNDA FASE (noviembre 1999 – Junio 2000)

1999-2000 2ª Fase: GAMET	Continuación de las actividades de la fase previa. Participación 47 ZBS (de 53) y 172 profesionales, con una media de 5/6 seminarios por grupo. GAMET recibió preparación teórica, sobre docencia y seguimiento de seminarios y dinámica de grupos. División de GAMET en 2 grupos; coordinador y seminarios. Encuestas de evaluación seminarios. Evaluación del Grupo coordinador: grupos y docentes. Propuestas de mejora para la 3ª fase. Participación: II Jornadas Grupo de Referencia de Enfermería Comunitaria (GREC), Madrid 25 y 26 de Octubre de 1999. II Jornadas de trabajo AENTDE, Barcelona 29 y 30 de Octubre de 1999. DAP, valoración de la implantación de la consulta a demanda en enfermería y desarrollo de la ME.

Tabla 3. Resumen actuaciones realizadas 1999-2000 (2ª Fase)

TERCERA FASE (Septiembre 2000 – Junio 2001)

2000 - 2001 3ª Fase GAMET	Valoración – Patrones Funcionales de Margory Gordon. Participación 48 ZBS (de 53), 280 profesionales y 41 docentes, con una media de 5/6 seminarios por grupo. Objetivos y método de evaluación similar a la 2ª fase. Evaluación del Grupo coordinador: grupos y docentes. Propuestas de mejora para la 4ª fase. Incorporación de la ME a la Cartera de Servicios de AP. Edición de documentación de ME y adquisición libros de DdE. Inicio de la informatización; OMI-AP y posterior desarrollo. Auditoria historias clínicas. Participación: II Jornadas de la AEC (Asociación de Enfermería Comunitaria), Ponferrada (17 y 18 de noviembre de 2000). III Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería (AENTDE), Pamplona. Investigación; Frecuencia DdE en los C.S de AP-Na.

Tabla 4. Resumen actuaciones realizadas 2000 – 01.

CUARTA FASE (Septiembre 2001 – Junio 2002)

2001 - 02 4ª Fase GAMET	Potenciación del autocuidado. Evaluación de la implicación de las Jefas de Área y Unidad de Enfermería. Incorporación de la ME en el Plan Interno de Mejora. Plan docente interno sobre ME. Participación 51 ZBS (de 53), 300 profesionales y 55 docentes. Distribución de tiempos en agendas. Media de 4 sesiones en cada ZBS.

	Inclusión en 2 CS de la valoración en la TIC (OMI-AP). Actividades de homogenización de registros en la HCI. Evaluación: comparativa encuesta inicial y final. Identificación de puntos débiles del proceso de implantación. Proyecto DIMENAP Participación con comunicaciones en: <i>IV Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería (A Coruña, mayo 2002).</i> <i>Jornadas de la AENTDE en Ávila.</i>

Tabla 5. Resumen actuaciones realizadas 2001 – 2002.

QUINTA FASE (SEPTIEMBRE 2002 – MAYO 2003)

2002 - 03 5ª Fase GAMET	Objetivo de docencia: desarrollo de habilidades prácticas para el uso del PAE Actividades para mejorar la aplicación de la ME. Decepción para enfermería, OMI-AP versión 4 no incluía el PAE. Motivación JUE. Simplificación del modelo de evaluación. Mínimo de 5 sesiones por ZBS. Informe "Dificultades existentes para la aplicación del PAE en los EAP-Na", INAP. Participación: "<i>Congreso Nacional de Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria (Torremolinos, mayo 2003)</i>"

Tabla 6. Resumen actuaciones realizadas 2002 – 2003.

SEXTA FASE (Septiembre 2003 – Junio 2005)

2003- 05 6ª Fase GAMET	Las ZBS organizan los seminarios de forma autónoma. 20 seminarios. 8 CS realizan. Priorización de temas de formación, en los que se incluye la ME: adulto, anciano, riesgo cardiovascular y visita recién nacido. Taller "Actividades preventivas desde la consulta de enfermería". Refuerzo de contenidos de ME en PC, a través de los talleres de actividades preventivas.

Tabla 7. Resumen actuaciones realizadas 2003 – 2005.

SÉPTIMA FASE (Septiembre 2005 – Enero 2008)

2005- 08 7ª Fase GAMET	Se centran en ME y TICs. Formación básica de carácter mixto: "Módulo de Cuidados en Enfermería". Actualización y adaptación de los protocolos existentes. Sesiones para unificar criterios de actuación e intercambio de opiniones en el plan de docencia interno de cada CS. Creación foro en internet "SENDA".

Tabla 8. Resumen actuaciones realizadas 2005 – 2008.

OCTAVA FASE (Febrero 2008 – Actualidad)

2008 – Actualidad 8ª Fase GAMET	Se culmina la formación en el "Modulo Planes de Cuidados" Expansión del "Plan de Mejora en AP", centrado en vascular. Integración de la ME en educación sanitaria individual y grupal. Incorporación de los PC en OMI-AP y ATENEA. Planes de cuidados estandarizados.

Tabla 9. Resumen actuaciones realizadas 2008 – Actualidad.

CONCLUSIONES

1. Enfermería de Atención Primaria del Sistema Navarro de salud – Osasunbidea: a través de 16 años ha informatizado el quehacer diario de las consultas de enfermería.
2. El proceso de implantación facilita un entrenamiento específico y se observa un desarrollo del pensamiento crítico. El trabajo con casos reales facilitó la instalación de la ME.
3. A pesar, de las deficiencias, hoy se cumplimentan los datos de salud en registros electrónicos.
4. La práctica y la formación mejoraron los conocimientos; se motivó el trabajo con ME.
5. El incremento de historias clínicas, informatizadas facilita el uso de cuidados NNN a impartir durante la formación de futuras profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I, Van Achterberg T. Revisión sistemática de los resultados e impacto de la utilización de los diagnósticos de enfermería e intervenciones en la práctica de enfermería. 2006. Journal of Advanced Nursing Vol.56 (5), 514-531.
2. Adams R, Duchene P. (1985). La informatización del estado del paciente y planificación de la atención de enfermería: Nuevo enfoque para mejorar la atención a los pacientes y el coste de personal. Journal of Nursing Administration, 15(4), 11-17.
3. American Nurses Association. Recognized Languages for Nursing <http://www.ana.org>.
4. Cariñena A, Marí G. Plan Docente sobre Metodología para profesionales de enfermería de Atención Primaria de Navarra. II Jornadas del Grupo de Referencia de Enfermería Comunitaria (GREC), Madrid, 1999.
5. De Miguel P, Cariñena A. Docencia de los diagnósticos de enfermería en Atención Primaria de Navarra. Diagnósticos enfermeros en Atención Primaria: Aplicación Práctica. II Jornadas Nacionales de la Asociación de Enfermería Comunitaria, Ponferrada, 2000: 65-68
6. Giralt A, Marí G, Hueso F, Pozueta G. Seminarios de Metodología para profesionales de enfermería de Atención Primaria de Navarra. Diagnósticos enfermeros en Atención Primaria: Aplicación Práctica. II Jornadas Nacionales de la Asociación de Enfermería Comunitaria, Ponferrada, 2000: 89-93.
7. Marí G et al. Análisis de la implantación de la consulta de enfermería a demanda en Navarra. III Symposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería, Pamplona 2000: 61
8. Legarra A et al. Experiencia de elaboración de documentación de planes de cuidados como soporte para la consulta de enfermería de Atención Primaria. III Symposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería, Pamplona 2000: 36

9. Hueso F et al. Estudio de prevalencia diagnóstica en consultas de enfermería de atención primaria de Navarra. IV Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería, A Coruña, 2002.
10. Pascual AM. Dificultades para la implantación del Proceso de Atención de Enfermería. Pamplona. 2002.
11. Moreno S et al. "¿Se utiliza la metodología de enfermería (ME) en el Área de Salud de Tudela (Navarra)? IV Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería, A Coruña, 2002.
12. Pérez FJ; Ochandorena M; Santamaría JM; García M; Solano V, Beamud M et al. Aplicación de la metodología enfermera en atención primaria. Calidad asistencial. 2006; 21(5): 247-254.
13. Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. AENTDE. (Editores). VII Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería AENTDE. "Cuidar traspasando el diagnóstico enfermero". Barcelona. AENTDE. 2008.

UNDERSTANDING THE NURSING PROCESS BY NURSES AT A UNIVERSITY HOSPITAL - SÃO PAULO, BRAZIL

AUTHOR/S

Marcília Rosana Criveli Bonacordi Gonçalves, Wilza Carla Spiri, Erika Veruska Paiva Ortolan.

INTRODUCTION

The Nursing Process is a tool that the nurse uses to implement the adopted nursing theory on practice. The nurse assumes responsibility and autonomy in nursing care^(1, 2).

It is important to highlight in nursing education and in professional life, the reasoning and diagnostic, therapeutic and ethical, to define the nursing diagnosis judgment. From it the nurse will indicate the necessary interventions, creating the duty to assess the effectiveness of the result, and fundamental scientific expertise and holistic view of the patient to avoid stuttering issues in nursing care provided, since it can consider the nursing process as an approach to solving problems^(1, 3).

We can infer that the individualized and humanized nursing care provides trust by which the patients report their problems and clarify their doubts easier for nurses than for physicians. They consider the nurse as a mediator between them and other members of the interdisciplinary team.

The Nursing Process in Brazil was developed and grounded in the recommendation of the American Nursing Association (ANA) and theories proposing to raise and solve to change basic human needs presented by the patient and needed professional care^(4, 5).

However, it is important to consider that the Nursing Process is a tool that classifies nursing care and requires support from theoretical framework, staff involved, adequate resources, i.e., actions that characterize the nursing managerial process.

Briefly, the Nursing Process is a scientific, dynamic, open, continuous and systematic method that enables scientifically plan the nursing actions and contributes to teaching and researching. The Nursing Process organizes and justifies the raising issues, directs and provides the record of action of the nursing team. Leads to continuity of care in the twenty-four hours, giving judicial and administrative support, demonstrates professional autonomy, needs constant improvement of scientific expertise, facilitates and ensures control of quality of care in its applicability, ensures damage-free assistance.

Considering the relevance of this theme for the nurses and the perspective of knowing, from the subject who experiences this practice, the meaning of the Nursing Process, held this research, we aimed to learn and understand the nurses' perceptions from Inpatient Units about the daily implementation of the Nursing Process in their professional routine in a public university hospital in São Paulo, Brazil.

METHOD

The methodology adopted was the phenomenology. The phenomenology seeks the essence, the meaning of the reality experienced by the study subjects, aiming to understand this experience. The research approach was qualitative which allowed the study of subjective aspects. The area of inquiry and perplexity of this research was composed by supervisor's situation experienced by nurses in the Inpatient Unit and their perception of the suitability of the Nursing Process in their daily work routine.

The research participants were defined when there was saturation of data, totaling nine statements sufficient to reveal the essence of the studied phenomenon. The participants acted as responsible for Inpatient Units from Botucatu Medical School Hospital – UNESP. They accounted for administration and assistance role in the same Technical Service Board. They had more than three years in their role and experienced the stage before and after the implementation of the Nursing Process. The sample was purposive and intentional. Participants answered the same guiding question: "How do you perceive yourself being the head of the unit, carrying out the nursing process in your day to day work?"

Three speeches were excluded, one because the nurse had no trial period in office (three years), then, She/he did not correspond to the characteristics of the other interviewees. The other two nurses did not participate because they are enjoying sabbatical during the interview.

To carry out this research, we chose the technique of focused interview, considering that the informants are eyewitnesses of events of interest in a single theme⁽⁶⁾. The researcher formulated the question relative to the research problem and stayed together with the participants during the interview.

The interviewee spoke spontaneously without intervention and influence of the researcher, only being conducted at times when deviating from the original topic, exploring their experiences in specific conditions⁽⁶⁾.

The interviews were scheduled in advance, without external interference. They were recorded for later transcription and lasted about 45m. From the explanation of the participants was intended to reveal the phenomenon searching for its understanding.

To proceed with the analysis of the testimonies collected, we held and reading the transcript of the testimony seeking the meaning of the essence of meaningful units, expression of meanings thematizing and interpreting the discourse, seeking convergence, divergence and idiosyncrasies of the meaning units and the synthesis units meaning to get to the structure of the phenomenon, aiming to understand. A statement presented contradictory ideas. It was asked to participant reread to revalidation, obtaining his/her consent to maintain the originality and ingenuity of his/her speech.

Thus, we can perceive the subjective world of the nurses and the scope of the phenomenon and its different perspectives. The phenomenon offers other approaches from the perspective of nurses regarding the operation of the Nursing Process in their professional routine.

The project was approved by the Research Ethics Committee of the Institution

RESULTS AND DISCUSSION

The nurses were aged from 30 to 55 years, in charge of Technical Supervisor Nursing ranging between three years and two months to eighteen, with completion of the Undergraduate course of three years and six months to twenty-five years.

The theme revealed was: Instrumentalization of the Nursing Process. The sub-themes were: *Nursing Process phases, Strengths of the process* and *Challenges of the Nursing Process*.

The sub-theme *Nursing Process phases* were revealed: data collection, nursing diagnosis, planning, implementation and evaluation; also formal registration, grading complexity of care and printed forms.

Data collection is the first step in Nursing Process. The participants showed difficulties in performing and recording physical examination. It is considered that the low compliance of this stage is tied to implementation of this methodological tool without the involvement and collective participation of nursing staff as well as the identification of real knowledge on the subject giving the false perception that it was sophisticated process generating uncertainty for patients.

Furthermore, participants recognized that during this stage is created a bond of respect and trust with the patient and family. This relationship provides understanding of human complexity, performance and individualized care, appropriate decisions, and clarifies questions by patients and family members. It is also possible to identify pathologies that were previously unclear.

Although this step is important and helps to avoid errors with the provision of care and treatment without investigating their causes and conditions, we note that participants not adopted it in their daily practice, as transcribed below:

(...) Sometimes I do a physical exam just to look, but no record (...) Anamnesis I do not do any patient (...) (III-1).

(...) Physical examination I can not do (...) (VIII-1).

Regarding the second step which is the Nursing Diagnosis, nurses revealed the fragility of knowledge to define diagnosis as well as choose and relate interventions with the desired outcome and diagnosis. Although the form presents the most frequent diagnoses, participants felt unsafe to choose other diagnoses. It is evident that the uncertainty in the Data Collection interferes at this stage. However, there were nurses who reported that they had identified tumor on physical examination, pathology not identified by physicians.

We believe that keeping the list of most commonly identified Nursing Diagnoses in each inpatient unit and periodic scientific meetings provide familiarity with the diagnosis. These aspects increase participant's knowledge and skills, because is possible to provide interventions according to the results to achieve greater security for clinical judgment, avoiding erroneous decisions.

Nursing Diagnoses should be reviewed and changed daily by considering the unpredictable and human characteristics of the patient.

The subjects of this research made explicit the difficulty in carrying out this phase of the Nursing Process, as transcribed below:

(...) I do not do diagnosis, it is difficult (...) in this paper (...) has diagnostic (...) I have doubts, so I don't do (...) (VI-1, 4).

(...) the diagnosis (...) I don't always do (...) (IX-1).

On the other hand, we highlight the lived experience of a research subject as transcribed below:

(...) We got diagnoses (...) other conditions outside of those that the patient was admitted (...) we diagnose breast tumor, abdominal tumors (...) I saw how important it is, from the moment I started to do this (...) we get to identify many things when we apply Nursing Process (...) (V -1).

The participants revealed that the **Planning and Implementation of Nursing** are part of their daily routine. They indicated the need to divide the number of patients across three shifts. They also addressed that they did not perform the previous steps by insecurity, but they prescribe nursing interventions every day.

The participants refer that the prescribed care should contain scientific reasoning and it involves all nursing professional. Scientific reasoning could avoid unnecessary interventions.

The reality experienced by the participants relating to this planning step is demonstrated in the transcript below:

(...) I try to do nursing prescription every day (...) (VI-1)

(...) It already is part of my routine (...) I do every day: the prescription and outcome of patients (...) (VII-1).

The last step is the Nursing Evaluation. Participants revealed that the operationalization of the Nursing Process was performed daily in summary manner. However, the lack of involvement of the nursing team contradicts the methodological framework of this instrument.

In this phase is registered the responses of the patient to the care provided. It is showed the interaction of all phases. Thus we can realize patient satisfaction with the quality of care and how nurses lead with his/her team for a reflective and critical action.

This step is considered a deliberate, systematic and continuous process of the patient's responses to prescribed care. In this phase we can know if the interventions are achieving the expected result; guiding the planning of assistance, and realizing the necessity of change or maintenance of the nursing prescription. It is nurse's responsibility to review and update diagnoses, expected outcomes, and nursing prescriptions. The nursing prescription must be registered daily. All members of the nursing team should participate in this action. A careful evaluation of assistance is important to avoid

errors and ensure safe and efficient assistance. In addition using taxonomy of results allows comparing and improving quality of care^(1, 4, 7, 8, 9, 10).

The participants assume this phase as transcribed:

(...) I do daily the prescription and evolution of the patients (...) (VIII-1).

It is important that nurses recognize that the documentation of the care provided, and interventions can promote professional development and scientific nursing. The documentation of nursing actions should be developed optimally, in order to: provide support to nurses decision, highlight and enhance their scientific knowledge, provide professional visibility, evaluate and ensure the continuity of care provided, share information and strengthen ties with interdisciplinary team, enabling professional recognition, producing management and quality of care indicators for growth and serve the profession as a science⁽¹⁰⁻¹²⁾.

The participants revealed:

(...) It is important to register (...) it is a document (...) it is very helpful in our day-to-day (...) it seems that you didn't do if you just talk (...) this must be documented (...) (VIII-1).

(...) It is very important (...) it is our work recognized (...) (III-1, 2, 5).

(...) What is important is that gets registered (...) (VII-1).

The evaluation of complexity care allows identifying patient's characteristics and prioritizing patients for provision of systematic care. In Brazil there are several classification instruments to assess patients according to complexity of care, but in the hospital where we did the research is adopted the instrument of patient classification system developed by Fugulin⁽¹³⁾.

It is crucial to planning nursing actions to know how are the patient's needs to avoid problems with Nursing Process⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

The speech revealed:

(...) I am worried with patient's particularities (...) I know who has more problems (...) (IX-1).

On the other hand the **form** of the Nursing Process was considered a great tool with good points. These are: easy viewing, time reduction, and ensuring documentation of all care provided. However the negatives refer: resistance, large volume of papers to fill, infeasibility of a single form to attend the particularities of the inpatient units and suppression of physical examination form. These data should be recorded in nursing assessment.

The use of forms guides and facilitates the evaluation of care, and ensures care continuity. The forms need to be filled and documented. They avoid duplication of information, however they need to be reviewed and adjusted to achieve best results⁽¹¹⁻¹²⁾.

Furthermore, it is not advisable pre-formatted form because the nurse needs to analyze the patient and to construct nursing diagnoses and nursing prescription according to the priorities respecting the individuality and human needs⁽¹⁾.

The participants said:

(...) the form is very good (...) it is easy to look at (...) (II-1)

(...) the form doesn't work (...) I didn't agree with standard form (...) (III-4).

(...) we have the form, but I think the form needs to be changed (...) (V-3, 4).

It is important that the form can be changed whenever is necessary⁽¹⁴⁾.

Thus, the subjective world of nurses and scope of the phenomenon make it possible to understand that the operation of the Nursing Process, to professional practice, requires investments in human resources, training and reorganization of the work process.

Besides the Nursing Process applicability is important to note that it ensures professional autonomy, scientific, update and improvement. Furthermore the adoption of the terms of nursing classifications: CIPE, NANDA-I, NIC and NOC can support and guide decision-making and critical thinking to clinical judgment. It is also important to highlight the role of the nurse as a link of the multidisciplinary team and patient/family.

The processes of continuing education are critical to develop knowledge, skills and abilities of nursing staff. It is crucial periodic practice monitoring and encouragement for behavior change.

REFERENCES

1. Tannure MC, Pinheiro AM. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
2. Marquis BL, Huston CJ. Administração e Liderança em Enfermagem: Teoria e Prática. 6a ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
3. Lunney M. Nursing diagnosis, thinking and critical thinking. In: _____. Critical thinking and nursing diagnosis: case studies and analyses. Philadelphia: NANDA, 2001. chap.1, p. 3-17.
4. Horta WA. O processo de enfermagem. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.
5. Oliveira ML, Paula TR, Freitas JB. Evolução histórica da assistência de enfermagem. ConScientia e Saúde, v. 6, n. 1, p. 127-136, 2007.
6. Leopardi MT, Beck CLC, Nietzsche EA, Gonsales RMB. Metodologia da pesquisa na saúde. 2a ed. Florianópolis: UFSC, 2002.
7. Gaidzinski RR, Soares AVN, Costa Lima AF, Gutierrez BAO, Cruz DLM, Rogenski NMB, Sancinetti TT. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 386.

8. Carpenito-Moyet LJ. Manual dos diagnósticos de enfermagem. 11. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008. 743p.
9. Almeida MA, Lucena AF. O Processo de Enfermagem e as classificações NANDA-I, NIC e NOC. In: _____ Almeida MA, Lucena AF, Frazen E, Laurent MC. Processo de Enfermagem na Prática Clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.23-40.
10. Oliveira APC, Coelho MEAA, Almeida VCF, Lisboa KWSC, Macedo ALS. Sistematização da assistência de enfermagem: implementação em uma unidade de terapia intensiva. Rev. Rene, v. 13, n. 3, p. 601-612, 2012.
11. Amante LN, Rossetto AP, Schneider DG. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. Rev. Esc. Enferm. USP, v. 43, n. 1, p. 54-64, 2009.
12. Aguiar MIF, Freire PBG, Cruz IMP, Linard AG, Chaves ES, Rolim ILTP. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. Revi. Rene, v. 11, n. 4, p. 66-75, 2010.
13. Fugulin FMT. Sistema de classificação de pacientes: análise de horas de assistência de enfermagem. 1997. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
14. Bittar DB, Pereira LV, Lemos RCA. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. Texto Contexto Enferm., v. 14, n. 4, p. 617-628, 2006.
15. Kurcgant P, Tronchin DMR, Fugulin FMT, Peres HHC, Massarollo MCKB, Fernandes MFP, Ciampone MHT, Leite MMJ, Peduzzi M, Melleiro MM, Gaidzinski RR, Takahashi RT, Castilho V, Felli VEA, Gonçalves VLM. Gerenciamento de enfermagem. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 196p.

ANÁLISIS DE LOS DIAGNOSTICOS ENFERMEROS DEL DOMINIO I: PROMOCIÓN DE LA SALUD

AUTOR/ES

Trinidad Sánchez-García y Noelia Vico-Olmo

PALABRAS CLAVE

Diagnósticos Enfermeros, Dominios, Taxonomía II, Lenguaje enfermero, NANDA-I.

INTRODUCCIÓN

Es competencia del alumnado de Enfermería demostrar el conocimiento de las etapas del proceso enfermero y manejar las clasificaciones NANDA, NIC y NOC para aplicar cuidados de calidad.

Son muchos e importantes los esfuerzos que desde la disciplina enfermera se han realizado por crear lenguajes que unifiquen la comunicación enfermera.

Una clasificación enfermera debe describir los conceptos teóricos y los fenómenos de los que la enfermera es responsable.

La década de 1970 supuso el comienzo y las primeras iniciativas en establecer un lenguaje estandarizado con el inicio de una clasificación diagnóstica. En 1973 se organizó la primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos Enfermeros en St. Louis (Missouri) y se creó la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

En 1982 se creó y aprobó, en el seno de la NANDA, una lista alfabética de 50 diagnósticos enfermeros para su prueba y puesta en práctica en el ámbito clínico y las conferencias de esta sociedad se abrieron a toda la comunidad enfermera internacional.

En la 7ª Conferencia de la NANDA, en 1986, se aceptó la Taxonomía I, donde los diagnósticos se distribuían en Patrones de Respuesta Humana basados en el marco conceptual de Iowa.

En 2000, en la 11ª Conferencia, se aprueba la Taxonomía II y es en 2002 cuando la NANDA se convierte en NANDA-I, proporcionando un lenguaje estandarizado que ayuda a describir los fenómenos de los que la enfermera es responsable. La Taxonomía II de NANDA-I se estructura en Dominios, Clases y Diagnósticos Enfermeros. Actualmente son 13 dominios, 47 clases y 220 diagnósticos enfermeros

El Dominio representa el nivel más abstracto de la clasificación, con ellos se trata de dar unidad al significado de los diagnósticos que se agrupan en un mismo dominio.

Cada dominio está referido a un área de funcionamiento y/o comportamiento de la persona.

Nos vamos a centrar en el Dominio 1: Promoción de la salud, al ser el objeto de este estudio. Se define como la toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar y la normalidad del funcionamiento.

En el 1987 comienza la investigación para intentar desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones enfermeras. Joanne McCloskey Dochterman y Gloria M. Bulechek crearon un equipo de investigación con la intención de desarrollar una clasificación de los diagnósticos NANDA, en la Universidad de Iowa.

La primera Clasificación de Intervenciones de Enfermería "Nursing Interventions Classification (NIC)", fue publicada en 1992 con un total de 336 intervenciones. La sexta edición de 2013 está organizada en 7 campos, 30 clases y 554 intervenciones.

En 1997 se publica la primera Clasificación de Resultados de Enfermería "Nursing Outcomes Classification (NOC) con 190 resultados. En la quinta edición de 2013 existen 7 dominios, 32 clases y 490 resultados

Los profesionales de Enfermería hemos oído hablar de la Clasificación de Diagnósticos NANDA; la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y la Clasificación de Intervenciones NIC (NNN), especialmente en los últimos tiempos. Desde distintos ámbitos se nos está orientando en el empleo de estas taxonomías, asegurándonos que esto es el futuro.

OBJETIVOS

Analizar los diferentes Diagnósticos Enfermeros del Dominio I a través de las diferentes ediciones publicadas en castellano del NANDA.

Identificar las diferentes ubicaciones de los diagnósticos enfermeros del Dominio I, determinando la coherencia de los criterios de modificación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo. Revisión y análisis de los diagnósticos enfermeros del Dominio I en las 7 ediciones españolas comprendidas de 2012-2014 a 1999-2000. Se comienza por revisar los diagnósticos incluidos en el Dominio I de la edición de 2012. Se analiza uno por uno cada diagnóstico para comprobar si había estado ubicado anteriormente en otro dominio diferente y también la coherencia del cambio.

Las ediciones de diagnósticos enfermeros de NANDA consultadas fueron las siguientes: La edición 2012-2014, la edición 2009-2011, la de 2007-2008, la de 2005-2006, la de 2003-2004, la de 2001-2002, la de 1999-2000 y por último la de 1995-1996.

RESULTADOS

En la tabla I se presentan los resultados del análisis de los diagnósticos enfermeros contenidos en el Dominio I.

TABLA 1.- UBICACIÓN DE LOS DIAGNOSTICOS ENFERMEROS DEL DOMINIO I EN LAS TAXONOMIAS I Y II

Dominio I: Promoción de la Salud. Diagnósticos Enfermeros	Edición 2012 Taxonomía II	Edición 2009 Taxonomía II	Edición 1999 Taxonomía I	Edición 1995 Taxonomía I
Déficit de actividades recreativas	Dominio I	Dominio4 Actividad/Reposo	Patrón 6 Movimiento	Patrón 6 Movimiento
Estilo de vida sedentario	Dominio I	Dominio 4 Actividad/Reposo	-	-
Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	Dominio I	Dominio 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés	-	-
Disposición para mejorar el estado de inmunización	Dominio I	Dominio I	-	-
Gestión ineficaz de la propia salud	Dominio I	Dominio I	-	-
Disposición para mejorar la gestión de la propia salud	Dominio I	Dominio I	-	-
Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar	Dominio I	Dominio I	Patrón 5 Elección	Patrón 5 Elección
Mantenimiento ineficaz de la salud	Dominio I	Dominio I	-	-
Protección ineficaz	Dominio I	-	-	-
Salud deficiente de la comunidad	Dominio I	-	-	-

En las ediciones de NANDA del 2001 al 2007 los diagnósticos enfermeros mencionados en la tabla, aparecían por orden alfabético por lo que no se ha realizado una comparación de los mismos.

CONCLUSIONES

La formación del alumnado de enfermería en las clasificaciones enfermeras es imprescindible para su futura implementación clínica, ya que le ayuda a estructurar el conocimiento del marco conceptual de la ciencia enfermera.

Una competencia del alumno es utilizar la metodología enfermera, para dar unos cuidados de calidad. El manejo de la clasificación de diagnósticos NANDA-I, permite al alumnado conocerlas respuestas de la persona ante los problemas de salud y completar el proceso de atención de cuidados.

Teniendo en cuenta la definición del dominio I consideramos que los cambios realizados a lo largo de las distintas ediciones de NANDA han sido coherentes ya que asumen todas las características del Dominio al que han sido asignados dichos diagnósticos enfermeros.

BIBLIOGRAFIA

1.- Bellido Vallejo, J. C. Ocaña Ocaña, A.M. Integrando NANDA, NOC, NIC. Inquietudes. Nº 29. Mayo 2004. Pág. 12 – 16.

- 2.- Esteyer Avalos Torres, Lic. Victoria Silé Rojas, Héctor Roche Molina. Jesús Gómez Rodríguez. Cardiocentro "Ernesto Che Guevara". Santa Clara. Diagnósticos de Enfermería. Evolución histórica y diagnósticos de enfermería más frecuentes en afecciones cardiovasculares. 2007.
- 3.-Francisco del Rey, C. Ferres Ferrandis, E. Benavet Garcés, A. Descripción y Análisis de las Clasificaciones NANDA, NOC, NIC. Fundamentos de Enfermería. Pág. 15 – 30. 4.- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier España, 2012.
- 4.- Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, CherylM.Wagner. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Sexta edición. Elsevier. Barcelona: 2013.
- 5.- Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L. Maas y Elizabeth Swanson. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. 5ª edición. Elsevier. Barcelona: 2013.
- 6.- Molina Aparicio, MS. González Canalejo, C. La influencia de la NANDA en Enfermería. Universidad de Almería. 2013.
- 7.- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier España, 2012.
- 8.- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier España, 2010.
- 9.- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2007-2008. Madrid: Elsevier España, 2008.
- 10.- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2005-2006. Madrid: Elsevier España, 2005.
- 11.- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2003-2004. Madrid: Elsevier España, 2003.
- 12.- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2001-2002. Madrid: Ediciones Harcourt, 2001.
- 13.- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 1999-2000. Madrid: Ediciones Harcourt, 1999.
- 14.- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 1995 – 1996. Madrid Ediciones Mosby /Doyma Libros, 1995.

FORTALECIMIENTO DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL A TRAVÉS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: LA EXPERIENCIA DE LAS Y LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA “RAÚL BLANCO CERVANTES”

AUTOR/ES

Elena Mora – Escalante

Profesora Asociada Universidad de Costa Rica. Enfermera. Licenciada en Salud Mental y Psiquiatría. Master en Terapia Familiar Sistémica. E mail: moresca21@hotmail.com

PALABRAS CLAVE

Proceso de atención de enfermería, práctica profesional de enfermería

INTRODUCCIÓN

El propósito del artículo es presentar la sistematización del proceso vivido con las y los profesionales de enfermería del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología “Raúl Blanco Cervantes” (HNGGRBC), para fortalecer la práctica profesional a través del desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería y su implementación de forma coherente con la Misión y Visión de enfermería de dicho hospital, así como con una posición paradigmática, epistemológica y teórica que lo sustente. Se desarrollaron 5 talleres con un total de 75 profesionales de enfermería, durante el año 2013 y 2014 en las instalaciones de dicho hospital, el cual es una institución que inició a partir de 1976 orientada a la atención especializada de las personas adultas mayores y con el desarrollo de un proceso de posicionamiento y fortalecimiento de la atención especializada de geriatría y gerontología. (HNGGRBC, 2014)

A través de la sistematización se podrá comunicar los logros, los obstáculos y las lecciones aprendidas en este proceso y además, evidenciará la respuesta dada por Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica a una necesidad presentada por esta importante institución de salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Se consideró los lineamientos señalados por Oscar Jara (1998) concretamente los cinco “tiempos” sugeridos por el autor, que se definen a continuación:

El primer tiempo es el punto de partida, el cual contempla dos aspectos principales; primero la participación activa de la docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica como facilitadora, con las y los profesionales de enfermería del HNGGRBC; el segundo aspecto se refiere, a la estrategia que facilitó la generación y recuperación de la información generada en la experiencia, que en este caso se utilizó como estrategia el taller, ya que permite alcanzar los objetivos propuestos con una intensa participación de las y los integrantes. El segundo tiempo es el establecimiento de las preguntas iniciales, que permiten de manera reflexiva explicar el desarrollo y el sentido de la práctica.

Estas preguntas son: a) Para qué queremos sistematizar, es decir los objetivos de la sistematización. b) Qué experiencias queremos sistematizar u objeto de la sistematización. c) Qué aspectos centrales de esas experiencias interesa sistematizar o lo que es lo mismo el eje de la sistematización.

OBJETIVOS

Objetivo General

Fortalecer la práctica del profesional de Enfermería del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología "Raúl Blanco Cervantes" a través de la implementación del Proceso de Atención de Enfermería de forma coherente con la Misión y Visión de enfermería de dicho hospital y con una posición paradigmática, epistemológica y teórica que lo sustente.

Objetivos Específicos

Fortalecer la práctica del profesional de enfermería a través del desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería.

Implementar del Proceso de Atención de Enfermería de forma coherente con la Misión y Visión de enfermería del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología "Raúl Blanco Cervantes".

Establecer la posición paradigmática, epistemológica y teórica que sustente la práctica del profesional de enfermería.

El tercer tiempo es la recuperación del proceso vivido donde se reconstruye la historia, ordenando y clasificando la información para dejar constancia de los hechos y acontecimientos que se vivieron en el desarrollo de los talleres. El cuarto tiempo es realizar una reflexión de fondo, la cual es una reflexión crítica del proceso desarrollado, donde se pasa de la descripción de los momentos vividos, a la síntesis, análisis e interpretación. El quinto tiempo son los puntos de llegada, es decir las conclusiones formuladas en torno al objetivo, objeto y ejes de sistematización, que evidenciarán los aspectos positivos de la experiencia y advertirán sobre los negativos.

DESARROLLO

Con el fin de lograr los objetivos planteados, se desarrollaron 5 talleres con una participación total de 75 profesionales de enfermería. En cada uno de los talleres y en subgrupos de trabajo, las y los participantes analizaron la Misión y Visión de enfermería vigente y propusieron modificaciones a las mismas, con el objetivo de que la misión defina qué es enfermería, qué hace, a quién satisface y cómo satisface las necesidades de las personas adultas mayores y que la visión refleje lo que actualmente enfermería aspira ser. Posteriormente, analizaron el significado e importancia de asumir una posición paradigmática, que oriente la práctica del profesional de enfermería. Discutieron ampliamente, la necesidad y trascendencia de definir los cuatro componentes de la estructura epistemológica, que valida y legítima a enfermería como disciplina científica y provee los fundamentos que permiten justificar y desarrollar la disciplina en términos científicos.

Se reflexionó sobre la importancia de desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) de forma congruente con los aspectos antes señalados, es decir, con la misión, visión, posición paradigmática y

epistemológica, además de retomar primordialmente los modelos y teorías de enfermería como sustento teórico para llevar a cabo el Proceso de Atención, ya que las Teorías y Modelos de Enfermería son una representación de la práctica que incluye los elementos que intervienen en la misma, es decir, el cuidado, la persona, la salud y el entorno, los valores en que se sustenta y la relación de estos entre sí, explicada en forma lógica y con base científica, por lo tanto explican el qué, cómo y para qué de la Enfermería.

Finalmente, analizaron cada una de las fases del PAE y la forma de llevarlas a cabo, así como su la utilidad de este método para la gestión del cuidado de enfermería que implica, la movilización de los recursos humanos y los del entorno, con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que en interacción con su entorno vive experiencias de salud (Kérouac, S.1996)

RESULTADOS

Al analizar la Misión y Visión de enfermería se propusieron modificaciones con el fin emplear un lenguaje acorde con la posición paradigmática y epistemológica, integrando el lenguaje de género. Al analizar la importancia de asumir una posición paradigmática que oriente la práctica, decidieron posesionarse en el Paradigma de la Integración, ya que responde a la manera en que actualmente enfermería ejecuta el cuidado en el HNGGRBC, es decir, el cuidado de las Personas Adultas Mayores de forma holística y tomando en cuenta a la familia, entorno y cultura. Respecto a los cuatro componentes de la estructura epistemológica, establecieron que el sujeto de conocimiento es la Persona Adulta Mayor; que el objeto de conocimiento es el cuidado, acorde a las necesidades reales de la Persona Adulta Mayor y su familia en forma holística, con calidad y calidez. Coincidieron con lo señalado por la Comisión de Currículum de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (1997), que como ciencia de la salud enfermería es desde lo epistemológico de naturaleza interdisciplinaria, que tiene un eje cognoscitivo específico denominado Enfermería y otros ejes cognoscitivos vinculados: el de las ciencias humanas y sociales y el de las ciencias de la salud, proporcionando así elementos que le permiten al profesional asumir una posición teórica autónoma ante el cuidado de las personas. Por otra parte, reconocieron que el método para abordar el objeto de estudio, es el Proceso de Atención de Enfermería; mediante el cual se logra organizar la práctica profesional desde la valoración, identificación de necesidades, ejecución de acciones de enfermería y evaluación.

Se evidenció que las y los participantes tiene un gran interés y motivación por retomar el PAE, con el fin de proporcionar cuidados integrales, sistemáticos y humanísticos en forma lógica y organizada a la persona adulta mayor y de esta forma, fortalecer la práctica profesional, que además incentive la investigación e incremente la creatividad, la autonomía y el reconocimiento disciplinar de enfermería, enfatizando su valor profesional con una función independiente predominante sobre la función interdisciplinaria.

Como factor que intervino de manera positiva para el desarrollo de los objetivos planteados, fue contar con la presencia y compromiso de la señora Directora de Enfermería del HNGGRBC MSc.

Alejandra Alfaro Navarro, con la Subdirectora de Enfermería MSC. Sonia Román Zeledón y con la MSc. Virginia Zeledón Cruz Educadora en Servicio, además de las supervisoras(es) y un grupo numeroso de profesionales de enfermería.

En relación a las limitaciones encontradas que condicionan la implementación del Proceso de Atención de Enfermería, se mencionaron: asumir tareas que puede realizar el auxiliar de enfermería, el elevado número de personas en el servicio, la realización de labores administrativas que inhiben el uso del PAE y el no tener establecido claramente la forma de desarrollar el PAE, ya que se entra en incongruencias y diferencia de criterios entre las y los enfermeras(os) de los servicios con las supervisoras(es), lo que genera un inadecuado ambiente laboral.

Por otra parte, se destacaron como aspectos esenciales que permitirán fortalecer la práctica profesional:

a) El reconocimiento del PAE como método para desarrollar las habilidades de pensamiento crítico y la ejecución de acciones autónomas con carácter científico, aplicadas en el desempeño profesional.

b) Reconocer la necesidad de dejar de hacer actividades de enfermería rutinarias, según exigencias institucionales aprendidas por repetición y de cumplimiento de órdenes médicas que no evidencian la utilización del PAE, ya que esto restringe la autonomía profesional y lesiona los principios filosóficos y ontológicos de la enfermería.

c) Llevar a la práctica la propuesta de la implementación del PAE en uno de los servicios, con el fin de validarla y posteriormente ejecutarla en todos los servicios y áreas de enfermería, por lo que se acordó que:

I. Las supervisoras(es), coordinadoras(es), además de enfermeras(os) que recibieron el taller y que de forma voluntaria desee participar, conformarán un grupo que se encargará de continuar con la divulgación y socialización de la propuesta.

II. Iniciar en el servicio II-0, ya que al ser uno de los más complejos se obtendrá información veraz sobre la forma idónea de llevar a cabo el PAE.

III. Para el desarrollo del PAE: En la etapa de Valoración, el/la profesional de enfermería asignado a funciones de cuidado directo, utilizará como fuente de información la Entrevista de Ingreso, que en caso de pacientes catalogados como grado 1 le realizará además la nota de enfermería. Para la etapa de Diagnóstico de Enfermería, el profesional a través de un razonamiento reflexivo y analítico de la información obtenida en la valoración, realiza un juicio crítico basado en la respuesta única y particular de cada ser humano, expresada a través de la formulación de enunciados diagnósticos que se escribirán en el Kárdex, donde la primera parte del diagnóstico señalará el efecto o la respuesta del individuo ante la situación o problema de salud, utilizando el "relacionado con" para unir la primera parte con la segunda, que destacará la situación o problema de salud por la que atraviesa la persona. Para la etapa del Planeamiento de la Atención de Enfermería, el profesional determinará los objetivos que espera del cuidado y que se derivan de la primera parte del diagnóstico. En la etapa de Ejecución,

determinará y escribirá en el Kárdex las acciones que se deben de realizar para conseguir los objetivos establecidos. Estas acciones estarán sustentadas por las Teorías y Modelos de enfermería, especialmente las que se enfocan en lo que hace el profesional para satisfacer las necesidades básicas y las necesidades de asistencia que presentan las personas, estas son: la filosofía de la enfermería desarrollada por Faye Glenn Abdellah (veintiún problemas de enfermería) y Virginia Henderson (Definición de la enfermería) y el Modelo Conceptual expuesto por Dorotea Orem (Teoría General de la Enfermería), que le permiten al profesional trabajar junto con la persona (interpersonal e intersubjetivo) y asumir una posición autónoma ante el cuidado que brinda. Finalmente, en la etapa de Evaluación se procederá a registrar en la nota de enfermería la respuesta de la persona. Es de suma importancia que todas las acciones que se llevaron a cabo por el personal auxiliar y/o profesional queden bien registradas y de esta manera, poder establecer el logro de los objetivos propuestos, la resolución del diagnóstico de enfermería y la satisfacción de las necesidades del usuario(a), lo anterior proporcionará información valiosa para determinar si es preciso suspenderlas, continuarlas o modificarlas.

Respecto a la opinión de las y los profesionales que participaron en el proceso, recalcaron que fue muy importante retomar aspectos relevantes que legitiman la importancia y la necesidad del profesional de enfermería, tanto en el área de cuidado directo como en la gestión del cuidado. Lo anterior les motiva a seguir mejorando y creciendo como profesionales autónomos, que se identifican claramente en el trabajo que realiza de forma interdisciplinaria, ejecutando acciones propias de enfermería con las personas que requieren del cuidado y sus familias, donde la educación ocupa un lugar importante dentro del PAE, tal y como está señalado en la visión de enfermería.

CONCLUSIONES

Al desarrollar los talleres, las y los participantes evidenciaron un gran interés y una actitud favorable para implementar el PAE de forma coherente con la Misión y Visión de enfermería de dicho hospital y con una posición paradigmática, epistemológica y teórica que lo sustente, lo que generará un fortalecimiento de la práctica profesional, ya que lo anterior otorga identidad y autonomía al profesional de enfermería.

No cabe duda que la utilización adecuada del PAE permite unir la teoría con la práctica, lo que da como resultado una práctica profesional sustentada teóricamente, donde se realiza un cuidado individualizado y centrado en la persona congruente con la posición paradigmática de enfermería del HNGGRBC. Esto dichosamente contradice la lamentable tendencia a homogenizar y estandarizar los cuidados en una sociedad cada vez más diversa, donde no se considera la respuesta única y particular de cada ser humano.

Para la implementación del PAE, se requiere de un cambio de "mentalidad", para poder superar el arraigo, dependencia y sometimiento que se ha tenido al modelo biomédico y desmitificar a enfermería como actividad femenina, como una práctica natural que no requiere gran inversión de conocimientos teóricos y que está sujeta a la autoridad y a los procedimientos médicos.

Este cambio de mentalidad permitirá realizar un PAE dirigido a satisfacer las necesidades reales de las personas de forma científica y no un proceso irreflexivo centrado en los datos de la valoración y de los diagnósticos médicos, con acciones orientadas por el cumplimiento de órdenes médicas o el seguimiento de los protocolos institucionales.

Finalmente, fue trascendental que esta iniciativa naciera de la institución; de esta manera se cuenta con el total apoyo de las autoridades de enfermería para poder realizar las acciones necesarias dirigidas a cumplir con los objetivos propuestos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro, L. Rosalinda. (2009). Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería. Editorial Elsevier. España.
2. Bernal, B. Martha Lilia y Ponce, G. Gandhi. (2009). Propuesta para la enseñanza del cuidado en Enfermería. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM, 6(1).
3. Cisneros, G. Fanny. (2013). Teorías y modelos de enfermería. Universidad del Cuaca.
4. Domínguez, Alarcón C. (1999). Sociología del cuidado. Enfermería Clínica. 9(1)
5. González, Fredy. (2005). Qué Es Un Paradigma? Análisis Teórico, Conceptual Y Psicolingüístico Del Término. Investigación y Postgrado, Caracas, v. 20, n. 1, abr. 2005. Disponible en <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-
6. Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología "Raúl Blanco Cervantes". (2014). Normas Institucionales.
7. Iyer P. (1997). Proceso de Enfermería y Diagnóstico en Enfermería. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill.
8. Jara, O. (1998). Para Sistematizar Experiencias. Editorial Alforja, 3ed. Edición. San José, Costa Rica. Pp. 22, 117.
9. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A y Major F. (1996). El pensamiento Enfermero. MASSON S.A. Barcelona, España.
10. López, P. M, Santos, R. S, Varez, P. S, Abril, S. D, Rocabert, L. M, Ruiz, M. M, Mañé, B. N.(2006). Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. Enfermería Clínica. 16(4).
11. Marriner, Tomey A, Raile, Alligood M. (2000). Modelos y teorías de enfermería, 4ta. ed. Madrid: Harcourt.
12. Medina, José Luis. (2012). La pedagogía del cuidado: Saberes y Prácticas en la Formación Universitaria en Enfermería. Ed Laertes.
13. Universidad de Ciencias y Humanidades. (2011). Metodología del Cuidado de Enfermería: Guía del Docente. Perú.

14. Universidad de Costa Rica. Escuela de Enfermería. (1997). Reestructuración del Bachillerato que se transforma en la Licenciatura en Enfermería, Resolución n.º 6479-98. Comisión de Currículum.
15. Waldow, V. Regina. (2009). Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado. Revista Aquichan, 9(3). 00872005000100002&lng=es&nrm=iso>. accedido en 03 enero 2013.

PRECISIÓN DIAGNÓSTICA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

AUTOR/ES

Oscar Álvarez-López, Carmen Bango-Álvarez, M^a Isabel Buceta-Toro, Elena Chamorro-Rebollo, Beatriz Losa-García, Daniel Muñoz-Jiménez.

PALABRAS CLAVE

Docencia, Practicum, Enfermería, Taxonomía NNN, Descriptivo

INTRODUCCIÓN

El progreso de la enfermería como profesión se constata tanto en el desarrollo conceptual del cuidado como en la evolución de la práctica asistencial a lo largo de la historia. La sucesión de los diferentes modelos teóricos desde Hildegard Peplau, pasando por Dorothea Orem, Martha Rogers o Calixta Roy, hasta los tan secundados modelos de Virginia Henderson o de Margory Gordon¹, han permitido a la enfermera no solo a aportar un significado a los elementos que conforman los procesos de salud y enfermedad, sino también a aplicar el método científico a una práctica profesional que, hoy más que nunca, centra sus estándares de cuidado en la mejor evidencia científica. En este contexto, las taxonomías enfermeras desarrollan un papel fundamental puesto que proporcionan orden y cohesión al conocimiento enfermero.

La taxonomía diagnóstica NANDA-I^{2, 3} ha conseguido un desarrollo y expansión sin precedentes hasta la actualidad, constituyéndose como un lenguaje aceptado por la comunidad enfermera a nivel internacional. La investigación centrada en los análisis de contenido, constructo⁴ y precisión sobre la clasificación NANDA-I ha permitido y permiten su constante perfeccionamiento y evolución. No obstante, uno de los principales retos de la profesión en la actualidad consiste en trasladar este lenguaje a la práctica enfermera diaria y hacer un uso coherente y preciso del mismo.

La actualización de conocimientos sobre las taxonomías NANDA adquiere un carácter imprescindible en la formación de las enfermeras pre y postgraduadas. Dicha formación ha de incluir un conocimiento teórico, que permita la comprensión del contenido y estructura de la misma, así como las competencias necesarias para implementarla a la práctica clínica. Sin ambos requisitos, no es posible materializar el uso de los lenguajes estandarizados en los cuidados de la salud⁵.

Los planes de estudio de Grado, incluyen dentro de las competencias a alcanzar por parte de sus alumnos, las relacionadas con la capacidad diagnóstica. La ley 44/2004, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias⁶ y la Directiva 77/453/CEE de 1977⁷, sobre coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas a las actividades de los enfermeros responsables de los cuidados generales, abordan esta competencia que se recoge en el Libro Blanco del Título de Grado en Enfermería⁸. La "*capacidad de hacer valer los juicios clínicos para asegurar que se alcanzan los estándares de calidad y que la práctica está basada en la evidencia*" (GII; C11)

La Facultad de Enfermería y Fisioterapia Salus Infirmorum de la Universidad Pontificia de Salamanca comenzó la implantación de estudios de Grado en Enfermería en el año 2010. Su plan de estudios integró, desde su inicio, el aprendizaje de los lenguajes enfermeros, que comenzaba abordándose de una forma eminentemente teórica en el primer curso de la titulación y dentro de la asignatura Fundamentos Históricos y Metodológicos de la Enfermería, para posteriormente desarrollar su implementación en la práctica desde las asignaturas Practicum I, II y III.

Con el objetivo de medir la precisión diagnóstica de los alumnos de enfermería como indicador de la adquisición de la competencia en el último curso de la titulación, se realizó una prueba en la asignatura de Practicum III que consistió en la resolución de un caso clínico de forma grupal.

CASO CLÍNICO

Varón de 52 años que acude al servicio de urgencias de un hospital, a causa de una caída provocada por debilidad en la pierna derecha. Además el paciente refiere sensación de distermia en los 2 últimos días, sin otra sintomatología.

El paciente es operario de maquinaria pesada y trabaja expuesto a temperatura ambiental de 42,5°C. Al finalizar su jornada se había encontrado mal y se acostó. Al levantarse de la cama percibió una debilidad en su pierna derecha que le hizo perder la estabilidad, dando lugar a la caída. Como consecuencia de la caída el paciente sufre una contusión en región parieto-occipital derecha sin solución de continuidad.

Antecedentes personales: Hepatitis C desde hace 9 años, en seguimiento. Último control hace 15 días, dentro de parámetros normales, HTA en tratamiento con Renitec ® 10 mg/24 horas, Intervenido de adenoidectomía en 1973, Listesis degenerativa grado I de L5 sobre S1, Obesidad grado I, Fumador de 40 cigarrillos /día.

En la valoración inicial el paciente se encuentra consciente con tendencia al sueño (Glasgow=13), hemiparesia derecha con dismetría dedo-nariz, disartria y cefalea. En la exploración se observa flapping tremor y ligera ictericia. En la palpación abdominal se detecta dolor abdominal en cuadrante inferior derecho sin peritonismo ni ascitis.

La medición inicial de las constantes vitales detecta un Tª de 39,5°C. Resto de constantes 93 lpm, TA 139/61 mmHg, Sat O2 91%

Partiendo de estos datos de valoración de un caso, situado en la clasificación de un servicio de urgencias, que se proporcionaron con dos meses de antelación, se planteó a los alumnos la resolución de una serie de cuestiones teórico-prácticas en una sesión de evaluación conjunta. Una de estas cuestiones fue la determinación y priorización de 5 diagnósticos enfermeros, que fueron posteriormente contrastados con un patrón de corrección establecido por consenso entre el profesorado de las asignaturas de Practicum y Fundamentos de Enfermería.

El objetivo del presente estudio fue determinar el grado de precisión diagnóstica de los grupos de alumnos frente al caso propuesto. Esta prueba de aptitud será empleada como indicador de calidad en la formación para posteriores intervenciones educativas en la formación sobre el uso de la metodología enfermera y los lenguajes estandarizados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo observacional a partir de una muestra de 52 alumnos divididos en 10 grupos. Se consideraron las respuestas de la totalidad de los grupos en el análisis de resultados ya que todos ellos dieron la respuesta completa a la cuestión formulada.

La asignación de diagnósticos sugirió 5 variables cualitativas que fueron descritas con su distribución de frecuencias absolutas y relativas.

Posteriormente se realizó una comparación de las respuestas de los grupos con un patrón estándar, realizado por consenso entre profesorado experto en metodología diagnóstica, que fue validado según las características para ser considerado experto de Guirao-Goris⁹. Así mismo, se analizó la coincidencia diagnóstica entre las respuestas de los diferentes grupos.

RESULTADOS

Los diagnósticos de enfermería NANDA-I^{8,9} seleccionados por el grupo de profesores expertos para el caso fueron, por orden de prioridad: Deterioro en el intercambio de gases (00030), Hipertermia (0007), Dolor agudo (00132), Deterioro de la comunicación verbal (00051) y Desatención unilateral (00123). Además, se dieron como válidos los diagnósticos Riesgo de caídas (00155), y Riesgo de deterioro de la función hepática (00178). Estos constituyen el patrón de corrección utilizado.

En la Tabla 1, se muestra la coincidencia diagnóstica de las respuestas de los grupos de alumnos con los diagnósticos citados.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Deterioro del intercambio de gases				x						
Hipertermia	x	x	x	x	x	x	x		x	x
Dolor agudo	x		x		x		x	x		
Deterioro de la comunicación verbal		x	x	x	x	x		x		x
Desatención unilateral						x	x			
Riesgo de deterioro de la función hepática					x					x
Riesgo de caídas		x						x		

Tabla 5. Coincidencia diagnóstica del alumnado

Nueve de los grupos coincidieron con el profesorado en un mínimo de 2 etiquetas diagnósticas, ocho en 3 de ellas, y un grupo en 4.

La etiqueta diagnóstica Hipertermia fue incluida por 46 alumnos. El deterioro de la comunicación verbal estuvo incluido en las respuestas de 7 grupos y el dolor agudo fue priorizado por la mitad de

los mismos. Los diagnósticos desatención unilateral, riesgo de deterioro de la función hepática y riesgo de caídas fueron nombrados únicamente por el 20% de los alumnos, y el deterioro del intercambio de gases, considerado prioritario en la evaluación, por un único grupo.

CONCLUSIONES

La coincidencia diagnóstica evidenciada mediante los resultados del trabajo, muestra que la mayor parte de los alumnos coincidieron en los diagnósticos que a priori parecen más objetivos (Hipertermia, dolor agudo y deterioro de la comunicación verbal), salvo el diagnóstico "Deterioro del intercambio de gases", considerado como prioritario en el patrón de evaluación, que fue asignado únicamente por uno de los grupos, a pesar de la presencia de una baja saturación de O₂. Independientemente de ello, la capacidad de valoración y respuesta de nuestros alumnos objetiva un buen reconocimiento de la taxonomía, dado que, ante una situación clínica, los alumnos han sido capaces de reconocer aquellas etiquetas diagnósticas que la definen.

Los diagnósticos más complejos, originados quizá por una síntesis más subjetiva de la situación clínica presentada, dieron lugar a una mayor dispersión en las respuestas de los alumnos.

Así, podemos decir que la coincidencia diagnóstica en esta prueba de competencias referidas a la taxonomía enfermera, es mayor, cuanto más objetiva es la sintomatología del paciente.

La metodología docente utilizada, precisa de una capacidad de análisis y síntesis de los conocimientos adquiridos entre la práctica clínica y la teoría enseñada en la Facultad. Por tanto, es la herramienta ideal, para evaluar estas competencias, que han de ser alcanzadas por el alumno de 4º de Grado de Enfermería. Este modelo de enseñanza debe privilegiar la relación entre las habilidades y el lenguaje enfermero, pues los alumnos deben tener una capacidad de diagnóstico adecuada a las necesidades que hoy en día plantea la enfermería.

El Plan de cuidados es un método de enseñanza que mediante su fase diagnóstica, garantiza soluciones profesionales ante problemas de salud. La metodología docente utilizada, demuestra la comprensión y la aplicación de la capacidad de diagnóstico y actuación de los futuros profesionales de enfermería. Así, la suma de los conocimientos adquiridos por los alumnos entre los fundamentos teóricos y la práctica clínica, contribuye al desarrollo del conocimiento del lenguaje enfermero.

El interés por desarrollar esta herramienta que mide la precisión diagnóstica de los alumnos nos lleva a realizar pruebas similares de tipo individual basadas en la misma metodología.

BIBLIOGRAFÍA

Raile Alligood M, Marriner Tomey, A. Modelos y teorías en enfermería. 7ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2011

NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona. España: Elsevier; 2012.

Gordon M. Manual de diagnósticos de enfermería. 11ª Ed. Madrid. España McGraw-Hill, Interamericana; 2007.

Parker, L.; Lunney, M. Moving beyond content validation of nursing diagnoses. Int J Nurs Knowl. 1998; 9(2): 144-150

Rivera Romero V, Pastoriza Galán P, Díaz Perianez C, Hilario Huapaya N. Revisión crítica de la taxonomía enfermera NANDA Internacional 2009-2011. Revista Científica de Enfermería. 2013(6) 1-18.

Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. (Boletín Oficial del Estado, número 280, 22 de noviembre de 2003)

Directiva 77/453/CEE, del Consejo, de 27 de junio de 1977, sobre coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas a las actividades de los enfermeros responsables de cuidados generales. (Consejo de las Comunidades Europeas, número 453, 15 de julio de 1977)

Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro blanco Título de grado en Enfermería. 2004. Disponible en

http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf

Guirao Goris J, Duarte-Climents G. [The expert nurse profile and diagnostic content validity of Sedentary Lifestyle: the Spanish validation](#). Int J Nurs Knowl. 2007; 18(3): 84-92

IMPLANTACIÓN DE LA ESTANDARIZACIÓN DE CUIDADOS EN UN SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

AUTOR/ES

*Guedes Arbelo, Ch; **Martos López, I.M.; ***Sánchez Guisado, M.M.

* D.U.E. / Especialista en Salud Mental / Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona).

** D.U.E. / EIR en Obstetricia y Ginecología (Matrona).

***D.U.E. / Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona).

PALABRAS CLAVE

Cuidados de enfermería; Cuidados Obstétricos; Procesos de Enfermería; Atención Especializada.

INTRODUCCIÓN

Se define como metodología enfermera al sistema diseñado para la aplicación del método científico a los cuidados profesionales de enfermería; éste constituye un elemento diferenciador entre los cuidados naturales que puede realizar todas las personas, y los cuidados profesionales que presta la enfermera, siempre mediante los planes de cuidados (1).

No se conoce la fecha exacta en la que la enfermería trabaja bajo la metodología enfermera, pero sí que surgió tras dos eventos, surgidos allá por los años setenta del siglo XX, que cambiaron el curso de la historia de la enfermería:

1.- Cambio de enfoque de la definición de salud: pasando de considerarla exclusivamente como la ausencia de enfermedad, a pensar que *"la salud es un fenómeno psico-biológico-social de equilibrio y adaptación de todas las posibilidades del organismo humano frente a la complejidad del ambiente social"* (Profesor H. San Martín) (2).

2.- Una "revolución" por parte de la enfermería, en la que éstas empezaron a plantearse su razón de ser, defienden un trabajo más autónomo, comienzan a ejercer funciones de investigación, a emplear métodos de trabajos científicos y a formar parte de un equipo multidisciplinar (3).

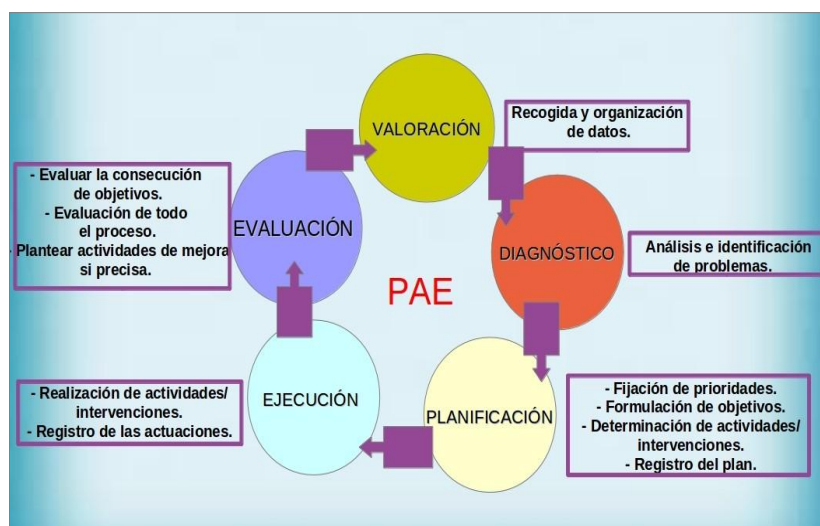
Estos eventos, unidos a las actividades científicas llevadas a cabo por las enfermeras teorizadoras y/o metateóricas como Callista Roy, Dorothy Johnson, Martha Rogers, Dorothea Orem, Virginia Henderson, entre otras; consiguieron, mediante sus modelos y teorías, otorgar a la enfermería un campo de trabajo independiente, una disciplina propia y hasta un lenguaje enfermero estandarizado. El cual está definido, según la NANDA International, Inc, como un *"conjunto de términos comúnmente entendidos, utilizados para describir los juicios clínicos implicados en las evaluaciones (diagnósticos de enfermería), junto con las intervenciones y los resultados relacionados con la documentación de los cuidados de enfermería"* (4).

La metodología enfermera, de la teoría a la práctica.

En la práctica clínica diaria la utilización del método científico enfermero se ve reflejado a través del proceso de atención enfermero (PAE), un método sistemático y organizado cuya finalidad es brindar cuidados eficaces y eficientes basados en la evidencia científica.

El PAE consta de 5 fases u etapas (ver figura 1) y se caracteriza por tener una base teórica, perseguir objetivos y ser etapas dependientes, correlativas e interrelacionadas.

FIGURA 1: ETAPAS Y CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.



Ventajas de implantar la metodología enfermera en los cuidados diarios

Según el Observatorio de Metodología Enfermera (OME) trabajar bajo la metodología enfermera ayuda a organizar y estructurar el trabajo de la enfermera.

Constituye un elemento fundamental de ayuda en la toma de decisiones clínicas de la enfermera.

Posibilita la utilización de conocimientos y habilidades concretas dentro del marco conceptual definido por los principios básicos de la profesión enfermera.

Sirve para detectar los problemas existentes en la aplicación de los planes de cuidado.

Delimita el marco de actuación de la enfermería y hace visible su trabajo.

Favorece el avance científico de la profesión y el impulso de la investigación.

Es un elemento fundamental de apoyo en la formación de nuevos profesionales.

LA IMPLANTACIÓN DE LA ESTANDARIZACIÓN DE CUIDADOS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL TORRECÁRDENAS, SERVICIO ANDALUZ DE SALUD.

Actualmente el Servicio Andaluz de Salud (SAS), incluido en la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, trabaja bajo el IV Plan Andaluz de Salud, el cual tiene como compromisos:

Aumentar la esperanza de vida en buena salud.

Proteger y promover la salud frente al cambio climático, la globalización y los riesgos emergentes de origen ambiental y alimentario.

Generar y desarrollar los activos en salud de nuestra comunidad.

Reducir las desigualdades sociales en salud.

Situar el Sistema Sanitario Público de Andalucía al servicio de la ciudadanía con el liderazgo de sus profesionales.

Gestionar el conocimiento y la tecnología con criterios de sostenibilidad. (5).

El papel de la enfermería es fundamental para la consecución de estos compromisos, por lo que para ofertar cuidados enfermeros de calidad y basados en la evidencia científica, el SAS tiene protocolizados los cuidados enfermeros mediante los planes de cuidados estandarizados, que son aquellos que se presenta unificados y validados para todas las personas que presentan procesos o situaciones comunes.

Éstos están clasificados por problemas médico-quirúrgicos o por estados/situaciones concretas; son ideales para ingresos de corta duración (como los sucedidos en unidades de obstetricia) y están digitalizados mediante el programa informático DIRAYA.

El DIRAYA es el sistema que se utiliza en el sistema sanitario público de Andalucía como soporte de la historia clínica electrónica, un proyecto que nace durante el año 1999 y una herramienta única que permite al SAS prestar una atención sanitaria de calidad en la que el conocimiento adquirido está a disposición de los profesionales y revierte en los ciudadanos. (Ver figura 2).

FIGURA 2: DIRAYA: LA HISTORIA DE SALUD ELECTRÓNICA DE ANDALUCÍA



En septiembre del año 2012 fue cuando se incluyó de forma reglada la estandarización informatizada de cuidados en el servicio de obstetricia y ginecología del Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Almería); éstos se encuentran gestionados por el Módulo de Cuidados AZAHAR, incluidos dentro de la Estación de Cuidados del DAE (DIRAYA de Atención Especializada). (Ver figura 3).

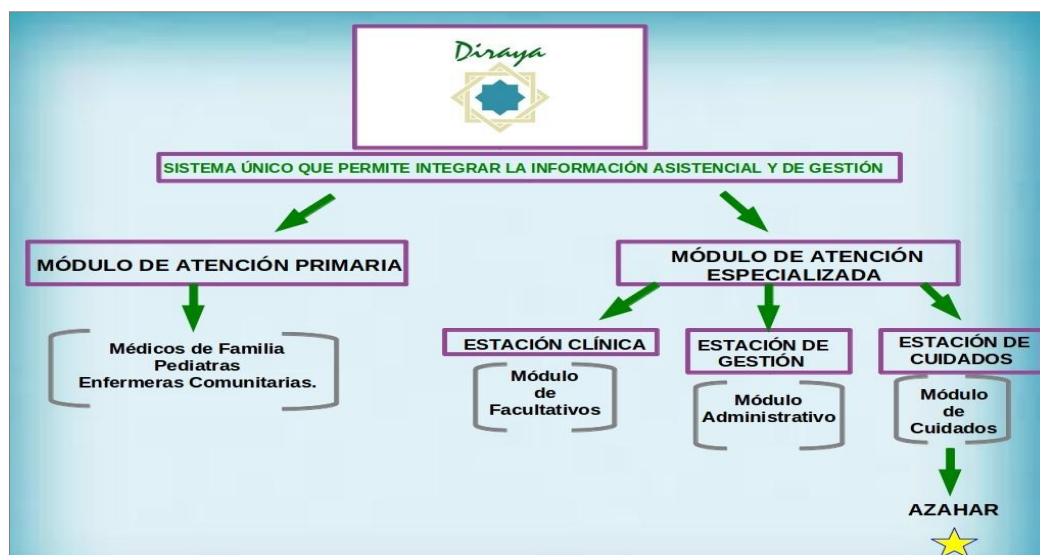


FIGURA 3: MÓDULOS DE ATENCIÓN SANITARIA. DIRAYA. SAS.

Esta herramienta informática nos ayuda a cuidar a todas las mujeres almerienses igual que a otra andaluza, pues los cuidados están basados en las últimas evidencias científicas y protocolizados mediante procesos asistenciales como el parto vaginal, la cesárea, los abortos con legrado o el seguimiento/tratamiento de gestantes hipertensas.

Los procesos de atención de enfermería están basados según el modelo de cuidados de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. Cuando una usuaria acude al servicio de urgencias gineco-obstétricas es atendida tanto por facultativos como por personal enfermero; ambos realizan una primera valoración general y si así lo precisa, la mujer es ingresada en cualquier unidad obstétrica (paritorio, planta de alto riesgo obstétrico o planta de puerperas).

En las unidades de hospitalización del servicio de obstetricia del Hospital Torrecárdenas a las mujeres que ingresan se le asigna una enfermera especialista en obstetricia y ginecología (matrona) como referente en sus cuidados enfermeros; ésta realizará una nueva y detallada valoración enfermera, uno diagnósticos enfermeros según las necesidades presentadas, planifica sus cuidados según el proceso por el que ingresa, lo ejecuta (siempre teniendo en cuenta a la mujer como un ser biopsicosocial), y lo evalúa constantemente con la finalidad de satisfacer las necesidades de la usuaria y en algunos casos del binomio madre/padre-hijo.

Quedando todo ello registrado en el Módulo de Cuidados AZAHAR, incluidos dentro de la Estación de Cuidados del DAE.

CONCLUSIONES

La evidencia demuestra que estandarizar e informatizar los cuidados presenta multitud de beneficios no solo a los pacientes/usuarios del Sistema Andaluz de Salud, sino también a la administración y gestión de los recursos con los que cuenta; pues, permite atender a los pacientes desde cualquier punto de Andalucía (gracias a la digitalización de las historias clínicas), ofertar una asistencia sanitaria

de calidad, salvaguardar la seguridad del paciente y evaluar los cuidados y el sistema en cualquier momento.

En el Servicio de Obstetricia del Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Almería) se consiguió instaurar esta nueva forma de trabajar en septiembre del año 2012, algo ha supuesto un gran reto tanto para gestores/as de cuidados como para los profesionales sanitarios, pero un gran avance en la satisfacción de las necesidades y expectativas de las ciudadanas almerienses.

Basar los cuidados en Procesos asistenciales comunes y de corta duración como el parto vaginal o cesárea, el aborto con legrado o la gestante hipertensa, son hoy una realidad en el Complejo Hospitalario Torrecárdenas; con estas herramientas se incorpora el método científico en la práctica cotidiana, algo que hace que el lenguaje enfermero evolucione, sea más práctico y cercano a los profesionales sanitarios y beneficiosos para las usuarias andaluces.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Observatorio de Metodología Enfermera. www.ome.es
- 2.- San Martín H. La crisis mundial de la salud. Karpos. Madrid, 1982.
- 3.- García Martín-Caro, C; Martínez Martín, M.L. Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. Editorial Elsevier. Madrid. 2007.
- 4.- NANDA International, Inc. <http://kb.nanda.org>
- 5.- IV Plan Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013
- 6.- Román Cereto, M; Campos Rico, A; Viñas Heras, C; Palop, R; Zamudio Sánchez, A; Domingo García, R; Mansilla Francisco, J.J. Las toxonomías enfermeras NANDA, NOC, NIC en la práctica asistencial hospitalaria. Enfermería Clínica, 15 (3), 163-166. (2005).
- 7.- Torres, A; Fernández, E; Paneque, P; Carretero, R; Garijo, A. Gestión de la Calidad Asistencial en Andalucía. Revista de Calidad Asistencial, 19 (3), 105-112. (2004).
- 8.- Cocina, E.G; Torres, F.P. La historia clínica electrónica. Revisión y análisis de la actualidad. Diraya: la historia de salud electrónica de Andalucía.
- 9.- Maqueira Marín, J.M; Bruque Cámara, S. Historia digital de salud. Tácticas a seguir a partir del caso Diraya en Andalucía. Revista eSalud.com 4 (13). (2008).
- 10.- Medina Valverde, M.J; Rodríguez Borrego, M; Luque Alcaraz, O; De la Torre Barbero, M.J; Parra Perea, J; Moros Molina, M. Estudio evaluativo sobre una herramienta informática de gestión enfermera en el período 2005-2010. Enfermería Clínica, 22 (1), 3-10. (2012).
- 11.- Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.
- 12.- Cuidados Enfermeros. Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Hospital Universitario Reina Sofía.

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hsr3/index.php?id=cuidados_enfermeros

13.- Asociación Española de nomenclatura, taxonomía y diagnósticos de enfermería. www.aentde.com

EL CUIDADOR FAMILIAR COMO USUARIO: UN PLAN DE CUIDADOS ADECUADO A SUS NECESIDADES

AUTOR/ES

Cristina Campello-Vicente, M^a Dolores Carrillo-Izquierdo, José Manuel Hernández-Garre, Aarón Muñoz-Devesa, Jessica Rojas-Navarrete y Francisca Sánchez-Ayllón

INTRODUCCIÓN

La sociedad española tiene una cultura y organización tradicional en torno a la familia de forma que los cuidados prestados por los cuidadores familiares a personas con limitaciones de autonomía desempeñan un papel determinante en la red de apoyo social. Cualquier cambio sociocultural puede repercutir gravemente en el modelo de apoyo informal. En esta línea son varios los autores que alertan de diferentes factores que cuestionan la disponibilidad de cuidadores informales ante un escenario de población cada vez más envejecido y vulnerable, resultando una situación paradójica en la que por un lado hay una demanda creciente de apoyo y por otro una menor disponibilidad de cuidadores informales. En consecuencia cuando aparece la dependencia el cuidado recae sobre unos pocos que se ven claramente sobrecargados con elevado riesgo de claudicación en muchos casos. (García-Calvente *et.al.*, 2004; IMSERSO, 2005).

A nivel social y sanitario se acepta un modelo de cuidados basado en la familia en el que las personas cuidadoras, generalmente del género femenino, son tratadas como un recurso del sistema sociosanitario, lo que invisibiliza la contribución económica y social que las mujeres aportan al bienestar de nuestra sociedad a través del cuidado. La literatura muestra que para poder cuidar bien a un familiar es necesario que el cuidador principal se encuentre descansado y tranquilo emocionalmente, pues de esta forma el tiempo de cuidado será efectivo y de calidad para la resolución de problemas del paciente, y su implicación en la toma de decisiones. A su vez el cuidador es el nexo de unión entre los profesionales sanitarios y la persona cuidada y por ello los apoyos deben ir dirigidos tanto al paciente como a los familiares cuidadores, no sólo con la finalidad de proporcionar los mejores cuidados a su familiar sino también para moderar el impacto negativo que tiene el cuidar sobre el bienestar del cuidador (De la Cuesta, 2009; García-Calvente *et al.*, 2004).

El ámbito donde se produce la interacción del cuidador familiar y los profesionales sanitarios es en la atención domiciliaria. Esta atención la realizan los equipos de atención primaria y es básicamente la Enfermería el colectivo más cercano a la población y el que contempla al individuo en su medio con posibilidad de abordar los problemas familiares de forma integral; por tanto está en una posición única para prestar apoyo a los cuidadores, potenciar sus fortalezas y detectar sus necesidades (De la Cuesta, 2009).

La atención al cuidador no es tarea sencilla, pues cada cuidador tiene su propio contexto y vive la experiencia del cuidado de forma diferente. El proceso enfermero permite prestar apoyo personalizado a los cuidadores, potenciar sus fortalezas y detectar sus necesidades con la finalidad de que las

intervenciones se ajusten a sus necesidades y sean congruentes con su sistema de valores y creencias. Todo este proceso queda registrado en el plan de cuidados del cuidador que se debe reevaluar y readaptar a las necesidades cambiantes del cuidador, puesto que la tarea del cuidado es un proceso dinámico y en constante cambio.

Con este plan de cuidados hemos querido reflejar las necesidades y situación de una cuidadora familiar de un paciente complejo, así como los resultados e intervenciones desarrollados por la enfermera de atención primaria que pone de relieve la importancia de aprender a cuidar y escuchar al cuidador pasando de tratarlo como recurso del sistema sociosanitario a considerarlo en todas sus dimensiones dentro de un modelo integral de cuidados que mejore su calidad de vida y disminuya el impacto negativo del cuidado sobre su bienestar.

VALORACIÓN

Juana es la mujer de un paciente con secuelas de accidente cerebrovascular con incapacidad funcional grave según índice de Barthel al que se le estamos realizando curas domiciliarias tras quemarse las piernas con un agente químico de limpieza. Ante esta situación la pareja ha habilitado el garaje de su casa como estancia temporal ante la imposibilidad de subir las escaleras de acceso a la vivienda. Cada mañana Juana lo tiene todo perfectamente dispuesto para facilitarnos el trabajo y conseguir nuestro objetivo principal: que las heridas del paciente tengan buena evolución. Un día Juana no acude a su cita con el médico, cuando se le pregunta la razón nos dice con mirada triste y desesperanzada que no tiene a nadie que le lleve al centro de salud, y seguidamente se echa a llorar. A partir de ese día es cuando se decidió valorar las necesidades de Juana de forma integral y se inició el proceso de atención de enfermería para resolver o mejorar sus problemas de salud.

Juana tiene 76 años y es analfabeta, diabética insulino-dependiente no controlada (HbA1c 12,2 mg/dl), dislipémica (triglicéridos 337 mg/dl) con poca adherencia al tratamiento, en tratamiento reciente con antidepresivos, con un alto índice de esfuerzo del rol de cuidador (11 sobre 13). Comenta que su marido a veces no controla sus esfínteres y la situación le produce agotamiento y desesperación además de no permitirle desayunar a una hora adecuada por lo que hace 2-3 comidas/día con baja ingesta de líquidos (<1L /día). Aunque siempre ha sido una mujer activa y con bastante actividad social, actualmente no suele salir a la calle por varias razones: la imposibilidad por la situación, dificultades para caminar largas distancias al sufrir un pequeño esguince de tobillo grado I y apatía general. Los alimentos que necesitan los trae uno de sus hijos cuando les visita por la noche y pasa días enteros sin salir a la calle. Comenta no dormir bien porque está preocupada con la situación que está viviendo y además tiene nicturia.

Actualmente su familia la forman cuatro hijos, diez nietos y cuatro biznietos. Uno de los hijos vive próximo a la casa de Juana y el resto vive en otros pueblos. Un nieto viene cada noche para organizar los medicamentos que deben tomar al día siguiente. Cuando le preguntamos a Juana quien le administra la insulina nos contesta que lo hace su marido. Se constata que, aunque la técnica de administración es correcta, las unidades de insulina están muy lejos de las prescritas por su doctora.

Explica la medicación que se está tomando y se comprueba en la historia clínica que no está tomando el fenofibrato prescrito para controlar los niveles de triglicéridos ni la medicación antitrombótica. Dice que se le terminó la medicación y ya no se acordó de pedirla a su médico.

La situación económica es crítica al depender exclusivamente de la escasa pensión de jubilación de su marido. Solicitaron hace un año las ayudas a la dependencia pero todavía no han recibido ningún tipo de ayuda.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Se organizaron los datos por patrones funcionales de salud (Gordon, 2003) y se localizaron aquellos que estaban alterados. La identificación de los patrones alterados facilita el posterior establecimiento de diagnósticos de enfermería siguiendo la clasificación de la NANDA-I (2010).

Se detectaron 8 diagnósticos enfermeros y 3 de riesgo. Tras la priorización diagnóstica con el modelo AREA (Pesut, 2005) se trabajaron los diagnósticos 00061 Cansancio del rol de cuidador r/c el cuidador no está preparado desde la perspectiva de su desarrollo para asumir ese papel, falta de conocimientos sobre los recursos comunitarios, entorno físico inadecuado para proporcionar cuidados, ayuda informal inadecuada y aislamiento de otros m/p dificultad para completar las tareas requeridas, sentimientos de depresión y no participación en la vida social y 00126 Conocimientos deficientes r/c incapacidad para recordar y falta de exposición m/p seguimiento inexacto de las instrucciones y verbalización del problema.

Consideramos que paralelo al diagnóstico de Conocimientos deficientes se debía solucionar también el diagnóstico Cansancio del rol de cuidador puesto que influye notablemente en el resto de diagnósticos de enfermería, especialmente en la etiqueta diagnóstica Gestión ineficaz de la salud y en el diagnóstico Conocimientos deficientes. La literatura científica muestra evidencias de que un cuidador cansado difícilmente tiene capacidad para adquirir nuevos conocimientos y por tanto gestionar su salud de forma eficaz.

RESULTADOS E INTERVENCIONES

DX NANDA: 00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES																																																			
NOC/CRITERIOS DE RESULTADOS 1820 Conocimiento: control de diabetes INDICADORES <table><tr><td colspan="5">182002 Plan de comidas prescrito</td><td rowspan="5">T</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td colspan="5">182006 Hiperglucemia y síntomas relacionados</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td colspan="5">182034 Uso correcto de la insulina</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td rowspan="3">30 días</td></tr><tr><td colspan="5">182027 Técnica adecuada para preparar y administrar insulina</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> ESC: 1 ningún Cto, 2 Cto. Escaso, 3 Cto moderado, 4 Cto. Sustancial 5 Cto. Ext.				182002 Plan de comidas prescrito					T	1	2	3	4	5	182006 Hiperglucemia y síntomas relacionados					1	2	3	4	5	182034 Uso correcto de la insulina					1	2	3	4	5	30 días	182027 Técnica adecuada para preparar y administrar insulina					1	2	3	4	5	NIC 1: 5520 EL FACILITAR EL APRENDIZAJE		ACTIVIDADES 1: Comenzar la instrucción sólo después de que el paciente demuestre estar dispuesto a aprender. Establecer metas realistas objetivas con el paciente. Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente. Establecer la información en una secuencia lógica. Proporcionar materiales educativos para ilustrar la información importante y/o compleja. Utilizar un lenguaje familiar. Simplificar las instrucciones Repetir la información importante. Proporcionar ayudas a la memoria Utilizar demostraciones y pedir al paciente que las realice él Corregir las malas interpretaciones de la información Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.			
182002 Plan de comidas prescrito					T																																														
1	2	3	4	5																																															
182006 Hiperglucemia y síntomas relacionados																																																			
1	2	3	4	5																																															
182034 Uso correcto de la insulina																																																			
1	2	3	4	5	30 días																																														
182027 Técnica adecuada para preparar y administrar insulina																																																			
1	2	3	4	5																																															
NOC/CRITERIOS DE RESULTADOS 2300 Nivel de Glucemia INDICADORES <table><tr><td colspan="5">230001 Concentración sanguínea de glucosa</td><td>T</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>30 días</td></tr></table> ESC: 1 Desv grave, 2 Desv sustancial, 3 Desv moderada, 4 Desv leve, 5 Sin Desv				230001 Concentración sanguínea de glucosa					T	1	2	3	4	5	30 días	NIC2: 2120 MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA		ACTIVIDADES 2: Vigilar los niveles de glucosa en sangre Potenciar la ingesta oral de líquidos Consultar con el médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia. Identificar las causas posibles de la hiperglucemia. Fomentar el autocontrol de los niveles de glucosa en sangre. Ayudar al paciente a interpretar los niveles de glucosa en sangre. Revisar los registros de glucosa en sangre con el paciente y/o familia. Instruir al paciente y cuidador acerca de la actuación con la diabetes durante la enfermedad, incluyendo el uso de insulina y/o antidiabéticos orales; control de la ingesta de líquidos; reemplazo de los hidratos de carbono, y cuándo debe solicitarse asistencia sanitaria profesional, si procede. Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicios.																																	
230001 Concentración sanguínea de glucosa					T																																														
1	2	3	4	5	30 días																																														
NOC/CRITERIOS DE RESULTADOS 1808 Conocimiento: medicación INDICADORES <table><tr><td colspan="3">180801 Importancia de informar toda la medicación que consume</td><td>T</td></tr></table>				180801 Importancia de informar toda la medicación que consume			T																																												
180801 Importancia de informar toda la medicación que consume			T																																																

<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td colspan="5">180819 Efectos terapéuticos de la medicación</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td colspan="5">180807 Uso de sistemas de ayuda para recordar</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td colspan="5">180824 Estrategias para obtener la medicación necesaria</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5	180819 Efectos terapéuticos de la medicación					1	2	3	4	5	180807 Uso de sistemas de ayuda para recordar					1	2	3	4	5	180824 Estrategias para obtener la medicación necesaria					1	2	3	4	5	10 días
1	2	3	4	5																																
180819 Efectos terapéuticos de la medicación																																				
1	2	3	4	5																																
180807 Uso de sistemas de ayuda para recordar																																				
1	2	3	4	5																																
180824 Estrategias para obtener la medicación necesaria																																				
1	2	3	4	5																																
ESC: 1 ningún Cto, 2 Cto. Escaso, 3 Cto moderado, 4 Cto. Sustancial 5 Cto. extenso																																				
Situación inicial 																																				
Situación diana 																																				

NIC3: 5616 ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS	ACTIVIDADES 3: Enseñar al paciente a reconocer las características distintas del (de los) medicamento(s) Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento. Instruir al paciente acerca de la administración/aplicación de cada medicamento. Revisar el conocimiento que el paciente tiene de las medicaciones. Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo. Instruir al paciente sobre los criterios que han de utilizarse al decidir alterar la dosis/horario de la medicación, si procede. Enseñar al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación (comprobar el pulso y el nivel de glucosa) Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación. Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos. Instruir al paciente sobre el cuidado adecuado de los dispositivos utilizados en la administración. Recomendar a paciente llevar la documentación del régimen de medicación prescrita.

DX NANDA: 00061CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR																																																																								
NOC/CRITERIOS DE RESULTADOS 2506 Salud Emocional del cuidador principal INDICADORES <table><tr><td colspan="5">250601 Satisfacción con la vida</td><td>T</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td rowspan="10">30 días</td></tr><tr><td colspan="5">250603 Autoestima</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td colspan="5">250611 Relación social percibida</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td colspan="5">250614 Idoneidad de recursos percibida</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td colspan="5">250607 Depresión</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td colspan="5">250613 Cargas percibidas</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>					250601 Satisfacción con la vida					T	1	2	3	4	5	30 días	250603 Autoestima					1	2	3	4	5	250611 Relación social percibida					1	2	3	4	5	250614 Idoneidad de recursos percibida					1	2	3	4	5	250607 Depresión					1	2	3	4	5	250613 Cargas percibidas					1	2	3	4	5	NIC 1: 7040 Apoyo al cuidador principal		ACTIVIDADES 1: Determinar el nivel de conocimientos del cuidador Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador. Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas por teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios. Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental. Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios. Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.			
250601 Satisfacción con la vida					T																																																																			
1	2	3	4	5	30 días																																																																			
250603 Autoestima																																																																								
1	2	3	4	5																																																																				
250611 Relación social percibida																																																																								
1	2	3	4	5																																																																				
250614 Idoneidad de recursos percibida																																																																								
1	2	3	4	5																																																																				
250607 Depresión																																																																								
1	2	3	4	5																																																																				
250613 Cargas percibidas																																																																								
1	2	3	4	5																																																																				
ESC: 1 Grave comp, 2 Sustancial comp, 3 moderado comp, 4 Leve					NIC 2: 5440 Aumentar los sistemas de apoyo		ACTIVIDADES 2: Determinar el grado de apoyo familiar. Determinar el grado de apoyo económico de la familia. Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso. Observar la situación familiar actual. Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.																																																																	

comp, 5 No comprometido NOC/CRITERIOS DE RESULTADOS 1504 Soporte Social INDICADORES <table><tr><td colspan="5">150408 Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas</td><td>T</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td rowspan="6">30 días</td></tr><tr><td colspan="5">150412 Refiere ayuda ofrecida por los demás</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td colspan="5">150405 Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td colspan="5">150407 Refiere la existencia de personas que pueden ayudarlo cuando lo necesita</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td></td></tr></table> ESC: 1 Inadecuado, 2 Ligera Adecuado, 3 Moderado adecuado, 4 Sustancial adecuado, 5 Completamente adecuado	150408 Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas					T	1	2	3	4	5	30 días	150412 Refiere ayuda ofrecida por los demás					1	2	3	4	5	150405 Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas					1	2	3	4	5	150407 Refiere la existencia de personas que pueden ayudarlo cuando lo necesita					1	2	3	4	5		NIC 3: 7320 Gestión de casos ACTIVIDADES 3: Desarrollar relaciones con el paciente, la familia y otros proveedores de asistencia sanitaria Utilizar habilidades comunicativas eficaces con el paciente, la familia y otros proveedores de asistencia sanitaria. Valorar el estado físico y mental, la capacidad funcional, los sistemas formales e informales de apoyo, los recursos financieros y las condiciones del entorno del paciente Determinar el plan del tratamiento con los recursos del paciente y/o de la familia. Debatir el plan de asistencia y los resultados deseados con el médico del paciente. Evaluar de forma continuada el progreso hacia los objetivos fijados. Identificar los recursos y/o servicios necesarios. Coordinar la asistencia con otros proveedores de atención sanitaria que puedan resultar oportunos (trabajador social, médico, otras enfermeras). Facilitar el acceso a servicios sanitarios y sociales necesarios.
150408 Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas					T																																							
1	2	3	4	5	30 días																																							
150412 Refiere ayuda ofrecida por los demás																																												
1	2	3	4	5																																								
150405 Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas																																												
1	2	3	4	5																																								
150407 Refiere la existencia de personas que pueden ayudarlo cuando lo necesita																																												
1	2	3	4	5																																								
NOC/CRITERIOS DE RESULTADOS 2208 Factores estresantes del cuidador familiar INDICADORES <table><tr><td colspan="5">220802 Limitaciones físicas del cuidador</td><td>T</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td rowspan="6">30 días</td></tr><tr><td colspan="5">220803 Limitaciones psicológicas del cuidador</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td colspan="5">220804 Limitaciones cognitivas del cuidador</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td colspan="5">220818 Ausencia de apoyo del profesional sanitario</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td></td></tr></table> ESC: 1 Intenso, 2 Sustancial, 3 Moderado, 4 Ligero, 5 Intenso Situación inicial Situación diana	220802 Limitaciones físicas del cuidador					T	1	2	3	4	5	30 días	220803 Limitaciones psicológicas del cuidador					1	2	3	4	5	220804 Limitaciones cognitivas del cuidador					1	2	3	4	5	220818 Ausencia de apoyo del profesional sanitario					1	2	3	4	5		NIC 4: 5270 Apoyo emocional ACTIVIDADES 4: Comentar la experiencia emocional con el paciente. Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo. Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. NIC 5: 5400 Potenciación de la autoestima ACTIVIDADES 5: Observar las frases del paciente sobre su propia valía. Animar al paciente a identificar sus virtudes. Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, si procede. Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás. Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos. Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos
220802 Limitaciones físicas del cuidador					T																																							
1	2	3	4	5	30 días																																							
220803 Limitaciones psicológicas del cuidador																																												
1	2	3	4	5																																								
220804 Limitaciones cognitivas del cuidador																																												
1	2	3	4	5																																								
220818 Ausencia de apoyo del profesional sanitario																																												
1	2	3	4	5																																								

EVALUACIÓN

Han pasado 30 días desde que se inició el plan de cuidados y los resultados esperados para mejorar el diagnóstico 000126 Conocimientos deficientes no han alcanzado la puntuación diana que nos

X Symposium AENTDE. Sevilla 2014.

habíamos marcado, si bien es cierto que los objetivos planteados para mejorar la adherencia al tratamiento y el conocimiento de la medicación se han alcanzado, no ha sido así con los resultados esperados para controlar los niveles de glucosa en sangre, aunque la cuidadora tiene mayor conocimiento de su enfermedad. Tras analizar los resultados e intervenciones planteadas llegamos a la conclusión de que ambos son adecuados y no es necesario modificar el plan de cuidados, pero el tiempo establecido para alcanzar la puntuación diana ha sido insuficiente, por lo que se recomienda continuar con este plan de cuidados para mejorar el NOC 2300 Nivel de Glucemia.

El aumento de la autoestima de la cuidadora y del apoyo percibido por parte de los familiares y los servicios sociosanitarios han mejorado los niveles de estrés y han influido notablemente en el bienestar emocional de la cuidadora, por lo que se concluye que los criterios de resultados e intervenciones seleccionadas para mejorar el diagnóstico 00061 Cansancio del rol de cuidador son los adecuados al alcanzarse las puntuaciones dianas en el plazo establecido.

Hay que puntualizar que la ejecución de este plan de cuidados requiere de un tiempo de dedicación alto, intervenciones complejas y revaloración y evaluación de alta intensidad y frecuencia que hacen casi imposible que la enfermera comunitaria puede ejecutarlo por la escasez de tiempo ante la gran carga asistencial. En este sentido y muy acertadamente, varias son las comunidades autónomas que han incorporado al escenario asistencial profesionales de enfermería con rol de gestión de casos para atender los casos con alta complejidad como el que se expone en este plan de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

- Bengoa, R. (2008). Innovaciones en la gestión de enfermedades crónicas. *Rev. Jano*. Recuperado de: http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1718/49/00490052_LR.pdf
- Bulechek, G., Butcher, H. y McCloskey, J. (2009). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Barcelona: Elsevier España, S.L.
- De la Cuesta, C. (2009). El cuidado familiar: una revisión crítica. *Invest Educ Enferm*, 27(1), 96-102.
- García-Calvente, M.M., Mateo-Rodríguez, I. y Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac. Sanit.* 18(2), 83-92.
- Gordon, M. (2003). *Manual de diagnósticos enfermeros*. Madrid: Elsevier España S.L.
- IMSERSO (2005). *Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Leyva-Moral, J.M. y Modiega-Marina, N. (2008) Necesidades psicosociales del cuidador informal. *Rev ROL Enf.*, 31(3), 196-199.
- López-Pisa, R y Prats-Guardiola, M. (2012). Seguimiento domiciliario de un paciente con diabetes mellitus complicada entre la gestora de casos y la enfermera comunitaria II. *Rev. Enferm. Clín.*, 22(1), 46-50.

- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. y Swanson, E. (2009). *Clasificación de resultados de Enfermería (NOC)*. Barcelona: Elsevier España, S.L.
- NANDA International (2012). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014*. Barcelona: Elsevier España, S.L.
- Pesut, D. (2005, octubre). Introducción al modelo AREA (Análisis de Resultados del estado Actual). Una nueva estructura para el razonamiento clínico. Ponencia presentada en V jornadas de trabajo de AENTDE Razonamiento clínico. Arte y ciencia ¿qué hacer cuando nos salen demasiados diagnósticos? Recuperado de: <http://www.aentde.com/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=2>
- Prats-Guardiola, M. y López-Pisa, R. (2010). Abordaje integral de un caso complejo de diabetes mellitus en domicilio entre la gestora de casos y la enfermera comunitaria. *Rev. Enferm. Clín.*, 20(2), 126-131.

EL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA: CASO CLÍNICO

AUTOR/ES

María Alexandra Gualdrón-Romero, Ana Rosa Alconero-Camarero, María Luz Fernández-Fernández, Isabel Ibañez-Rementería, Jorge Arozamena-Pérez.

e-mail: alexandra.gualdron@unican.es; alconear@unican.es

PALABRAS CLAVE

Adaptación; Salud Mental; Modelo Roy; Diagnóstico de enfermería.

INTRODUCCION

La salud mental es definida por la OMS como el estado de bienestar a través del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a la comunidad (1). La trascendencia de los trastornos mentales queda patente en las cifras aportadas por la OMS, en ellas se aprecia, que en la actualidad, una de cada cuatro personas padece alguna enfermedad de este tipo a lo largo de su vida. Además, los pronósticos indican, que para el 2020 la depresión será la primera causa de enfermedad en el mundo desarrollado. (2) Partiendo de la reflexión sobre éstos datos, nos reafirmamos en la premisa que el cuidado de enfermería contempla la persona como un ser holístico, y como afirma Germán, Hueso & Huércanos en 2011, teniendo en cuenta los valores propios de la profesión: *"las enfermeras deberemos de ser excelentes al establecer la relación del cuidado con las personas, desarrollando habilidades de ayuda, personalizando el cuidado, logrando confianza, tranquilidad, y seguridad por parte de las personas cuidadas"*(3).

El desarrollo de los Modelos conceptuales ha impregnado históricamente el desarrollo de la profesión de Enfermería, y ha supuesto un antes y un después en el avance de la disciplina. Aportando las herramientas necesarias para aplicar el proceso de atención de enfermería y el método científico. En su aplicación, se presentan una serie de dificultades derivadas de la complejidad de los propios seres humanos con necesidades comunes, pero que a su vez, deben identificarse desde la individualidad y los marcos culturales en los que residen, en el caso de los cuidados a las personas con enfermedad mental, y teniendo en cuenta las dificultades que conllevan las personas que lo padecen, es imprescindible integrar su aplicación en la práctica diaria con el fin último de asumir las competencias autónomas en nuestra profesión.

Así, aún conscientes de que existen en la actualidad numerosos Modelos Enfermeros, que podrían servir de base para trabajar en el área de la Salud Mental, proponemos el Modelo de Adaptación de Callista Roy como uno de los más adecuados.

Roy describe a las personas como seres holísticos y adaptables, como sistemas que funcionan como una sola unidad con un propósito concreto adaptándose a cuatro aspectos de la vida: las Necesidades Fisiológicas; el dominio del rol; el autoconcepto y la interdependencia. Ahora bien, debemos tener en

X Simposium AENTDE. Sevilla 2014.

cuenta, que somos sistemas abiertos, que interactuamos con el ambiente y con todo lo que nos rodea recibiendo estímulos, que ella describe como focales, contextuales y residuales, que provocarán una respuesta. Los profesionales de Enfermería debemos intervenir en la modificación de los estímulos para favorecer una respuesta adaptativa, pero para ello, es imprescindible valorar previamente los mecanismos de afrontamiento de la persona, centrándonos en lo que constituye nuestro área de interés, los problemas de adaptación (4).

VALORACIÓN

Varón de 38 años que ingresa en el servicio de agudos de Psiquiatría procedente de la Unidad de Salud Mental por alteración conductual y riesgo de heteroagresividad, inquietud psicomotriz, alteraciones del contenido del pensamiento y de la percepción, viene acompañado de su madre, hermana y personal de seguridad con diagnóstico médico de esquizofrenia.

A su ingreso se objetiva aspecto descuidado, barba de varios días y la ropa sucia. Está orientado, es amable y colaborador. Durante la entrevista refiere no entender el motivo de su ingreso *"no tengo ningún problema y desde luego, no tengo por qué estar aquí... Quiero proteger a mi familia de una gente que quiere entrar en casa, aprovecha la noche que no les ven y quieren hacernos daño por envidia, sé que están ahí... les oigo caminar...tenemos suficiente dinero que hemos trabajado en el negocio familiar y por eso nos quieren hacer daño, para robarnos y hacernos daño..."*

Modo fisiológico: Sin alteraciones.

Modo Psicosocial:

Función del rol: Soltero, vive con su familia, actualmente está desempleado y tiene escasas relaciones sociales.

Autoconcepto: Se define como una persona sociable, pero que "hay gente que quiere hacerme daño", cree que la gente le observa, tiene miedo a la muerte y teme por la seguridad de su familia. Es católico pero no practicante.

Interdependencia: Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia pero percibe que no entienden su preocupación por la seguridad de su casa, *"creen que estoy enfermo, pero no es así"*. Minimiza la dificultad para mantener relaciones sociales, aficiones y los hábitos higiénicos adecuados (baño- aseo y vestido). expresa reiteradamente que *"quisiera hacer algo por mejorar las relaciones con mi familia"*, manifiesta recuerdos del pasado que le hacen emocionarse, pero niega cualquier matiz de culpa a estar enfermo, lo que redundaría en la nula conciencia de enfermedad. Presenta escaso contacto ocular y embotamiento afectivo.

Mecanismo Regulador: Sin alteraciones.

Mecanismo cognitivo:

Percepción: Presenta ideas delirantes de persecución, percibe la presencia de gente que rodea su casa y va entrar a robarle y hacerle daño a su familia, y alucinaciones auditivas.

Juicio: Presenta aislamiento social con ideas de grandeza, "*nos van a robar todo el dinero que hicimos cuando teníamos el negocio familiar*". Presenta déficit de hábitos higiénicos (aseo, higiene y vestido).

Emociones: Siente ansiedad y angustia al ver que la expresión de sus sentimientos y su afecto no se corresponde con lo que él espera de los demás, espera que le den la razón de lo que percibe. Su angustia aumenta cuando su familia lo enfrenta a la realidad e intentan desmentir sus pensamientos.

Memoria y Aprendizaje: No se encuentran alteraciones ni hallazgos significativos en el aprendizaje.

Estímulo focal: Alteración de los hábitos higiénicos.

Estímulo contextual: Falta de apoyo familiar.

Estímulo residual: Antecedentes familiares de esquizofrenia.

DIAGNÓSTICOS

Lo hemos dividido en dos, uno los diagnósticos enfermeros (DxE), y otro las complicaciones potenciales (CP).

00074 Afrontamiento familiar comprometido (5, 6).

Afrontamiento familiar comprometido r/c información inadecuada del cuidador m/p reticencia, rechazo.

00182 Disposición para mejorar el autocuidado (5, 6).

Disposición para mejorar el autocuidado r/c un entorno terapéutico seguro m/p expresión verbal.

COMPLICACIONES POTENCIALES

Pueden presentar fundamentalmente las siguientes (7):

Delirios

Alucinaciones

Derivadas de los tratamientos

RESULTADOS

Relacionados con el primero de los (DxE):

(2600) Afrontamiento de los problemas de la familia (5, 6).

Relacionados con el segundo (DxE):

(0301) Autocuidados: baño (5, 6).

(0302) Autocuidados: vestir (5, 6).

(0303) Autocuidados: higiene (5, 6).

Relacionada con las CP:

(1403) Autocontrol del pensamiento distorsionado

INTERVENCIONES

Tratamientos para el primer criterio de resultado:

(710005) Identificar la disposición de los miembros de la familia para implicarse con el paciente.

(711012) Informar a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado del paciente.

(711028) Proporcionar el apoyo necesario para que la familia tome decisiones informadas.

Tratamientos para el segundo criterio de resultado:

(180004) Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.

(180010) Establecer una rutina de autocuidados.

(180013) Proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante y personalizada (5, 6).

Intervenciones relacionadas con las CP:

(6450) Manejo de las ideas delirantes

(6510) Manejo de las alucinaciones

(2380) Manejo de la medicación

EVALUACIÓN

En este caso, la información a la familia de nuestro paciente permite la comprensión de la enfermedad y la identificación de conductas, situaciones y sucesos desencadenantes de alteraciones de la salud. De igual manera, las intervenciones familiares facilitan la identificación del estrés sobre la situación en los miembros de la familia; el paciente y la familia adquieren conciencia de enfermedad.

1ª SEMANA: Supervisión de hábitos higiénicos del paciente y planificación de sesiones periódicas con la familia.

2ª SEMANA: El paciente se adapta a los hábitos higiénicos (baño, aseo y vestido). La familia expresa las dificultades de afrontamiento durante las sesiones planificadas.

3ª SEMANA: La familia adquiere conocimientos y pautas de afrontamiento a la enfermedad.

4ª SEMANA: El paciente y la familia adquieren conciencia de enfermedad alcanzando el afrontamiento adecuado.

A través de la educación sanitaria y teniendo en cuenta las necesidades individuales, la persona se adapta a una rutina de actividades de autocuidado estableciendo la independencia personal para llevar a cabo hábitos higiénicos adecuados.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud OMS. Informe sobre la salud en el mundo. [Internet] 2001. [Consultado el: 13 de enero de 2014]; Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/es/>
2. Organización Mundial de la Salud. Mental Health: facing the challenges, building solutions. [Internet]2005. [Consultado el: 17 de enero de 2014]; Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf
3. Germán Bes C. Hueso Navarro F. Huércanos Esparza I. El cuidado en peligro en la sociedad global. Enferm glob [Internet]2011. Consultado el: 13 de enero de 2014]; 10(23): 221-232. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000300016&script=sci_arttext
4. Roy C. The Roy adaptation model. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education; 2009.
5. Heather Herman T. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2014. NANDA Internacional. Madrid: Elsevier; 2013.
6. Johnson M, Bulechek GM, Butcher H, Maas ML, McCloskey Dochterman J, Moorhead S. Interrelaciones NANDA, NIC y NOC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2º ed. Madrid: Masson Elsevier; 2006.
7. O'Brien PG. Enfermería Psiquiátrica. Ed. McGraw-Hill: México; 2000.

APLICACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE E.R.C.A.

AUTOR/ES

M^a Auxiliadora Santana-Díez, M^a Rosario Aguirremota-Corbera, Marta González-Vélez, M^a del Pilar Lodeiro-Herraiz, Florentina Mayor-Álvarez, Mercedes Merino-Villalvilla. Enfermeras del Hospital Universitario Cruces. Barakaldo-Bizkaia.

PALABRAS CLAVE

Consulta ERCA, temor, conocimientos deficientes.

INTRODUCCIÓN

En el enfermo crónico, como el curso de su enfermedad se prolonga y hay síntomas que sólo podrán ser atenuados, nuestra atención va más allá de los aspectos puramente clínicos (biomédicos). Hace falta una atención más general u holística para cubrir sus necesidades.

En nuestro hospital, los pacientes que comenzaban tratamiento sustitutivo de diálisis (peritoneal o hemodiálisis) habían acudido a la consulta del nefrólogo durante años generalmente. La Enfermedad Renal Crónica (E.R.C.) es una enfermedad de deterioro progresivo (generalmente lento) que permite ir informando al paciente también de manera progresiva para que llegado el momento de iniciar un tratamiento sustitutivo y sus cuidados, pueda decidir el más adecuado a sus características personales.

A pesar de haber sido informados por el nefrólogo a lo largo de ese periodo, nos encontrábamos al comienzo del tratamiento con un paciente muchas veces inmovilizado por la situación y que no había sido capaz de asimilar esa información recibida.

Hasta ese momento cuando empezaban el tratamiento elegido íbamos haciendo educación sanitaria de una manera personal y en base a nuestra experiencia en las salas de trabajo.

De ahí surgió la idea de crear una consulta de enfermería E.R.C.A. (Enfermedad Renal Crónica Avanzada) que no era algo novedoso porque existe en otros centros con buenos resultados. Para ello la dirección del centro nos pidió un registro enfermero acorde con la ley.

Necesitábamos estandarizar nuestros cuidados para seguir un patrón común.

Nuestro objetivo más cercano fue por tanto la elaboración mediante el consenso de grupos de expertos un registro de los cuidados de enfermería normalizado para la consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada usando la taxonomía NANDA-NOC-NIC.

Así nació la gráfica que usamos que es un instrumento de dicha consulta de enfermería que se nutre de la médica y cuyo objetivo principal es actuar sobre unos problemas propios de enfermería basados en el lenguaje NANDA "Temor" y "Falta de conocimientos" que nos parecían los más prioritarios para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En ella se registra siguiendo un protocolo cada entrevista con el paciente en una columna donde con una "X" marcamos la actividad o NIC que realizamos y evaluamos el NOC acorde a unos indicadores preestablecidos del 1 al 5. De esta manera en la siguiente visita sabemos de qué se informó al paciente, qué asimiló y tras confirmar que sigue estando en ese punto continuar con la educación sanitaria. Es realmente útil cuando la consulta la realizan diferentes enfermeras. Tenemos 18 documentos que aportamos según las necesidades del paciente como apoyo a lo que nosotras explicamos y para que tanto él como su entorno lo pueda consultar tranquilamente en su domicilio y le recomendamos que traiga por escrito las dudas que le surjan.

En el presente trabajo analizamos un caso clínico atendido en la consulta E.R.C.A.

DATOS PERSONALES

Mujer de 68 años que acude a la consulta de enfermería remitida desde la consulta médica de nefrología porque su aclaramiento de creatinina es inferior al 15% y por lo tanto en un periodo no muy largo necesitará entrar en un programa de sustitución renal.

VALORACIÓN ENFERMERA En la primera consulta.

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

- 00097 Déficit de actividades recreativas. El insomnio y el cansancio habitual influyen negativamente en este aspecto.

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

- 00002 Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades. Dieta demasiado estricta con pérdida importante de peso, 7 kg. en los últimos meses.

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

- 00016 Deterioro de la eliminación urinaria. A pesar de mantener buena diuresis (2800-300 ml/día) su última analítica muestra un aclaramiento de creatinina inferior al 15%.

DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO

- 00198 Trastorno del patrón del sueño: Duerme mal, toma pastilla pautada por el médico.
- 00032 Patrón respiratorio ineficaz. No presenta disnea.

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN

- 00051 Deterioro de la comunicación verbal. Sin alteración

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN

- 00153 Riesgo de baja autoestima situacional. El miedo a cambiar su estatus y hacerse dependiente del hospital ha hecho que siguiera una dieta demasiado estricta con la consecuente bajada de peso.

DOMINIO 7: ROL/RELACIONES

- 00052 Deterioro de la interacción social. Buena relación familiar, últimamente menos relaciones sociales por el cansancio que siente.

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

- 00059 Disfunción sexual. Sin alteraciones.

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

- 00148 Temor. Percibe su estado de salud en peligro y empieza a vivir un duelo anticipado ante la proximidad de un tratamiento sustitutivo renal (diálisis).

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

- 00083 Conflicto de decisiones. Confusa ante el desconocimiento de las terapias de sustitución renal y la duda sobre cuál elegir.
- 00184 Disposición para mejorar la toma de decisiones. Buena disposición hacia el aprendizaje que le ayudará a tomar una decisión con respecto a su tratamiento.

DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN

- 00217 Riesgo de respuesta alérgica. Alergias no conocidas hasta ese momento.
- 00004 Riesgo de infección. Vacunación iniciada según protocolo.

DOMINIO 12: CONFORT

- 00134 Náuseas. No presenta.

DOMINIO 13: CRECIMIENTO/DESARROLLO

No se están utilizando diagnósticos de este dominio.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnósticos NANDA:

- 000126 Conocimientos deficientes r/c falta de exposición y m/p seguimiento inexacto de las instrucciones.
- 000148 Temor r/c falta de familiaridad con las experiencias ambientales y m/p disminución de la capacidad de aprendizaje.

Resultados NOC:

001824 Conocimientos de la enfermedad.

Indicadores:

01442 Descripción dieta recomendada

1-No sabe nada sobre la dieta recomendada para su enfermedad.

2-Sabe que su dieta no es libre, pero desconoce las restricciones.

X **Symposium AENTDE. Sevilla 2014.**

3-Identifica los componentes de la alimentación perjudiciales para su enfermedad, pero no conoce en que proporciones se encuentran dentro de cada alimento.

4-Identifica los componentes de la alimentación perjudiciales para su enfermedad y maneja las proporciones en que se encuentran dentro de cada alimento.

5-Conoce perfectamente la dieta recomendada para su enfermedad y es capaz de elaborar un menú tipo.

04221 Descripción proceso terapéutico

1-No sabe nada sobre los procedimientos terapéuticos.

2-Identifica cuantos procedimientos terapéuticos existen.

3-Conoce las implicaciones de cada tratamiento (si es hospitalario o domiciliario, apoyo social con el que cuenta, tipo de acceso para tratamiento, condiciones del domicilio necesarias....) para su vida diaria.

4-Conoce las modalidades de tratamiento perfectamente, pero no ha decidido cual se adecua a su caso.

5-Conoce perfectamente las modalidades de tratamiento sustitutivo y tiene claro cuál es la opción más adecuada en su caso (lo relata).

04230 Descripción proceso específico de la enfermedad

1-No sabe nada sobre el proceso de su enfermedad.

2-Conoce cuál es la función de los riñones y que la I.R.C. es progresiva.

3-Conoce en que estadio de la I.R.C. se encuentra, aunque no se corresponda con los síntomas, asume su proceso

4-Conoce el proceso de su enfermedad y como esta afecta al resto de su organismo.

5-Conoce perfectamente el proceso de su enfermedad y sabe que la alternativa adecuada para evitar complicaciones secundarias (y en última instancia la muerte) es el tratamiento sustitutivo.

05545 Descripción uso correcto medicación prescrita

1-Responde incorrectamente a todas las preguntas del test de Morinsky-Green.

2-Responde correctamente a una de las preguntas.

3-Responde correctamente a dos de las preguntas.

4-Responde correctamente a tres de las preguntas.

5-Responde correctamente a las cuatro preguntas.

El test de Morinsky-Green consiste en la realización de las siguientes preguntas:

- a. ¿Se olvida alguna vez tomar los medicamentos para su enfermedad?
- b. ¿Los toma a la hora indicada?
- c. Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar su medicación?
- d. Si alguna vez le sientan mal ¿deja usted de tomarlas?

001404 Autocontrol del miedo.

Indicador:

05651 Utiliza estrategias de superación efectivas

1-No utiliza estrategias para superar el temor que le produce el desconocimiento del proceso de su enfermedad.

2-Conoce el proceso de su enfermedad, pero no lo asume, lo que le impide elaborar estrategias para superar su temor.

3-Asume su proceso de la enfermedad y busca apoyos, pero aún no sabe elaborar estrategias.

4-Comienza a elaborar estrategias, aunque no siempre son efectivas.

5-Utiliza estrategias de superación efectivas que le ayudan a afrontar su proceso sin temor

Intervenciones NIC:

- 005614 Enseñanza dieta prescrita
- 005618 Enseñanza proceso terapéutico
- 005602 Enseñanza proceso específico de la enfermedad
- 005616 Enseñanza medicamentos prescritos
- 005230 Aumentar afrontamiento
- 005270 Apoyo emocional
- 007110 Fomento implicación familiar

Como apoyo de todas estas intervenciones entregamos a la paciente los documentos escritos número 1, 2, 3, 5, 6 y 7. (Figura 1).

Figura 1



EVALUACIÓN

En la hoja de registro (Figura 2) puede verse como la paciente que es valorada en cada consulta gracias a los indicadores del NOC evoluciona hasta conseguir los objetivos. Gracias a la gráfica hemos podido optimizar los cuidados ya que aunque la enfermera que atiende sea diferente tiene un registro preciso de los conocimientos y carencias de la paciente, reforzando aquellos puntos que suponen un problema para avanzar en los cuidados e impulsar a que la paciente gestione su enfermedad y sea capaz de tomar la decisión más adecuada a su forma de vida.

Figura 2

NOMBRE APELLIDOS		CONSULTAS DE ENFERMERÍA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES. SERVICIO DE NEFROLOGÍA												Osakidetza	
N.º HISTORIA PEGAR ETIQUETA		SEXO	AÑO NAC.	TELÉFONO	PROCEDENCIA		ALERGIAS						ENFERMERA ATENCIÓN PRIMARIA		
		F	13/6/1943	944410947 943120483 (551022)	CTA - PEP		NO CONOCIDAS						ZORROZA (AMBULATORIO) Dr. NAVARRO		
FECHA CONSULTA		14/3/11	11/4/11	25/5/11	10/1/12	9/2/12	7/6/12	9/8/12	11/9/12	11/10/12	12/12/12	12/3/13	22/3/13	26/9/13	
PESO (KG)		61,5	62,5	63	63	63,5	63	64,2	64,6	64,6	65,800	63,500	65	64,5	
TALLA		1,62,5	1,62,5	1,62	1,62	1,62	1,62	1,62	1,62	1,62	1,62	1,62	1,62	1,62	
ÍNDICE DE MASA CORPORAL		23,29	23,66	24,04	24,04	24,23	24,04	24,50	24,65	24,65	25,11	24,23	24,80	24,64	
DIURESIS RESIDUAL		2500/2500	2600	2800	2500	2500	2300	2300	2300	3000	2800				
TENSION ARTERIAL		128/70	136/80	140/81	125/65	125/65	113/68	144/82	145/74	135/74	146/80	150/86	135/75	127/75	
PULSO		73	78	78	77	77	84	77	77	74	70	90	65	63	
CONOCIMIENTOS DEBILITANTES															
NOC 001824 CONOCIMIENTOS DE LA ENFERMEDAD															
PROBLEMAS AUTÓNOMOS	INDICADORES														
	01442 DESCRIPCIÓN DIETA RECOMENDADA	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	5	
	04230 DESCRIPCIÓN PROCESO ESPECÍFICO DE LA ENFERMEDAD	2	3	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	5	
	04221 DESCRIPCIÓN PROCESO TERAPÉUTICO	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	5	5	5	
	02543 DESCRIPCIÓN USO CORRECTO MEDICACIÓN PRESCRITA		4			2	3	3	3	3	4	5	5	5	
	005614 ENSEÑANZA DIETA PRESCRITA	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	005612 ENSEÑANZA PROCESO TERAPÉUTICO	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	005602 ENSEÑANZA PROCESO ESPECÍFICO DE LA ENFERMEDAD	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	005616 ENSEÑANZA MEDICAMENTOS PRESCRITOS		x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	TEMOR														
NOC 001404 AUTOCONTROL DEL MIEDO															
PROBLEMAS COLABORACIÓN	INDICADORES														
	05661 UTILIZA ESTRATEGIAS DE SUPERACIÓN EFECTIVAS		3	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	
	005230 AUMENTAR AFRONTAMIENTO		x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	005270 APOYO EMOCIONAL		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	007110 FOMENTO IMPLICACIÓN FAMILIAR			x			x	x	x	x	x	x	x	x	
PROBLEMAS COLABORACIÓN	INDICADORES														
	HTA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
	DIABETES	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	ANEMIA											SI	SI	SI	
	EDEMAS (SI/NO)	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
PROBLEMAS COLABORACIÓN	INDICADORES														
	NAUSEAS Y VÓMITOS (SI/NO)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	ACCESO DIALÍTICO (TIPO)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
	CONTROL VACUNAL	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
	ENFERMERA/O	36283	36283	36283	37474	37474	37474	37474	37474	37474	36283	207291	31633	207291	

GRÁFICA CONSULTA ENFERMERÍA 52

GRÁFICA CONSULTA ENFERMERÍA 52

En lo referente a la enseñanza de la dieta cuando acude por primera vez a la consulta vemos que ha bajado 7 Kg. recientemente porque ha seguido una dieta demasiado estricta. Cuando a un paciente

X Simposium AENTDE. Sevilla 2014.

renal le derivan desde la consulta externa de nefrología a la de insuficiencia renal donde ya se habla de tratamiento de sustitución renal, muy frecuentemente deja de comer en parte por estrés y en parte porque interpretan mal que una dieta adecuada puede enlentecer la evolución de la enfermedad. Sabemos que tan perjudicial es comer sustancias inadecuadas como la desnutrición, de ahí la importancia de trabajar en cada consulta la dieta para hacerla adecuada, variada y completa.

Cuando trabajamos la enseñanza del proceso terapéutico, abordamos una decisión determinante para esta paciente, decidir qué tipo de tratamiento de sustitución renal iba a escoger (hemodiálisis o diálisis peritoneal) a través de las entrevistas, en las consultas la paciente expresó que “lo más importante para ella es el no tener que venir al hospital”, la diálisis peritoneal ofrece esa posibilidad pero para ello la paciente tiene que ser la responsable de su tratamiento que realizará en su domicilio, en las entrevistas tenemos que ir valorando si será capaz de hacerlo. En la primera consulta ya identificó las implicaciones de cada tratamiento, para que así ella pudiera sopesar lo que es importante para ella y adecuar el tratamiento a su vida.

En relación a la enseñanza sobre el proceso específico de la enfermedad, comenzamos explicándole la función de los riñones y que la enfermedad renal crónica es progresiva y de este modo, desde el conocimiento ayudarle a asumir su proceso.

La enseñanza sobre los medicamentos prescritos no fue necesario abordarla en todas las consultas y aunque al principio manejaba este factor bastante bien, a lo largo del proceso surgieron problemas con los hipotensores que se pudieron detectar y abordar para aclarar sus dudas y poder realizar la prescripción correctamente.

Las actividades relacionadas con el NOC Autocontrol del miedo se trabajan de una manera conjunta. Se valora la comprensión del paciente sobre el proceso de la enfermedad, presentándole otros pacientes o la asociación de pacientes ALCER, alentándole mediante escucha activa a manifestar sus sentimientos y miedos. A lo largo del proceso le ayudamos a identificar sus capacidades y puntos fuertes para así escoger mejor su tratamiento sustitutorio. Le animamos desde el principio a buscar e identificar sistemas de apoyo como son la familia, ALCER y la propia consulta E.R.C.A., que independientemente de las citas que tenga con nosotras cuenta con un teléfono donde podemos atenderle. Al adecuar la alimentación y el reposo, su cansancio disminuyó reanudando la vida social con las amigas.

La paciente acudió a 13 consultas de enfermería durante 26 meses, fue atendida por cuatro enfermeras diferentes consiguiendo los objetivos marcados. La utilización del mismo lenguaje ha permitido minimizar la variabilidad en los cuidados y la consecución de objetivos de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010.

Aschenbrenner, D. S., & Venable, S. J. Drug therapy in nursing (2nd Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.

Dudek, S. G. Nutrition essentials for nursing practice (5th rev. Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.

Cachón JM, Álvarez-López c, Palacios-Ceña D. El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileños, abordaje fenomenológico. En Enfermería Intensiva (Revista en internet) 2012 Abril-Junio (consultado el 2 de Abril del 2012); 23(2). Disponible: http://www.elsevierinstituciones.com/ei/ctl_servlet?_f=1012&from.

UTILIDAD DE INDICADORES EN NIVEL DEL DOLOR Y SEVERIDAD DE LA INFECCIÓN EN PACIENTE CISTECTOMIZADO

AUTOR/ES

Matilde López-Pérez 1, Mar Aroca-Gaitán 2, M Mercedes Ramos-Sastre 3, Carmen Aldonza-Valderrey 4.

1 Supervisora Enfermería Urología. 2 Supervisora Enfermería Reanimación Quirúrgica. 3 Supervisora Área Formación y Calidad

4 Supervisora Innovación y Desarrollo. Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. España.

INTRODUCCIÓN

El objetivo principal de la presentación del siguiente caso clínico fue determinar la eficacia en la práctica clínica diaria de NOC relacionados con dolor e infección a través de algunos de sus indicadores.

Paciente varón diagnosticado de un tumor vesical infiltrante, alérgico a quinolonas, anti inflamatorios no esteroideos, paracetamol y pantoprazol. Antecedentes de hipertensión arterial, adenocarcinoma prostático tratado con radioterapia y hormonas, intervención quirúrgica de fémur derecho y Resección Trans Uretral de vejiga.

Ingreso programado para tratamiento quirúrgico con técnica de cistoprostatectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker. Estancia hospitalaria de 23 días (4 previos a la intervención, 4 días de postoperatorio inmediato en reanimación quirúrgica y 15 días más de recuperación en unidad de hospitalización).

Evolución favorable y alta a domicilio con autonomía para las actividades básicas de la vida diaria, instrucción en cuidados de urostomía y recomendaciones de cuidados al alta, al margen de pauta médica proporcionada.

VALORACIÓN

Al ingreso programado en unidad se realiza una primera valoración en la que se observa que el paciente tiene una autonomía parcial en necesidad de movilidad, es portador de bastón como dispositivo de ayuda y tiene una limitación de amplitud de movimientos en pierna derecha. Necesita apoyo parcial para vestirse y asearse. Autónomo para el resto de necesidades. Valoración de Barthel = 90 y Downton=2.

En su ingreso en reanimación quirúrgica el paciente es dependiente para la alimentación (nutrición parenteral), eliminación (portador de urostomía), vestido e higiene debido a los procedimientos invasivos derivados de la intervención. También presenta hipotermia y riesgos relacionados con la seguridad (infección, alergias, caídas, dolor)

El reingreso en unidad de hospitalización muestra en una nueva valoración que el paciente es aun dependiente para alimentación, eliminación, higiene y movilización. Presenta también un deterioro del patrón del sueño, dolor y riesgo de infección.

Tabla 1. Valoración de enfermería. Fuente: Elaboración propia.

VALORACIÓN ENFERMERÍA (V. Henderson)

Necesidades Preoperatorio

Unidad de Urología Postoperatorio inmediato

Reanimación quirúrgica Postoperatorio tardío

Unidad de Urología

Respiración Sin alteración Sin alteración Sin alteración

Alimentación Sin alteración Alimentación parenteral Alimentación parenteral

Eliminación Sin alteración Portador urostomía Portador de urostomía

Movilización Uso dispositivos ayuda, bastón Dependiente Dependiente, por encamado.

Reposo sueño No descansa bien Sin alteración Deterioro

Vestido Ayuda en parte inferior cuerpo Dependiente Dependiente

Temperatura Sin alteración Hipotérmico Sin alteración

Higiene piel Ayuda para el baño Dependiente Ayuda para la higiene.

Seguridad Sin alteración Riesgo de infección, caídas. Riesgo de infección, caídas.

Comunicación Sin alteración Sin alteración Sin alteración

Creencias y valores Sin alteración Sin alteración Sin alteración

Trabajar realizarse Sin alteración Sin alteración Sin alteración

Actividades ocio Sin alteración Sin alteración Sin alteración

Aprendizaje Sin alteración Sin alteración Sin alteración

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Se realiza la acogida y preparación preoperatoria al paciente según protocolo.

Tras la valoración se establece el plan de cuidados estandarizado para cistectomía, que incluye diagnósticos enfermeros de ansiedad, trastorno de la imagen corporal, desequilibrio nutricional por defecto, riesgo de deterioro de la integridad cutánea, riesgo de estreñimiento, riesgo de infección, dolor agudo y una complicación potencial de íleo paralítico. También se planifican intervenciones de ayuda para los autocuidados, enseñanza y prevención de caídas.

RESULTADOS

Se hace un seguimiento específico de los diagnósticos enfermeros Riesgo de Infección (NANDA 0004) y Dolor Agudo (NANDA 0132) por la relevancia de los mismos, ya que tienen repercusión en la morbilidad, tiempo de estancia y discomfort del paciente.

Se evalúan los resultados NOC2 102 nivel del dolor y NOC 0703 severidad de la infección, utilizando indicadores consensuados y con mediciones diarias en los tres turnos de enfermería.

Los indicadores empleados para medir el nivel del dolor fueron dolor referido, inquietud, sudoración e insomnio, con sus escalas de medición correspondientes: Escala n (grave hasta ninguno) y escala a (gravemente comprometido a no comprometido).

Los indicadores para la severidad de la infección fueron aumento de leucocitos, fiebre, dolor e hipersensibilidad, supuración purulenta. Y la escala principal n.

Resultados obtenidos en cada resultado e indicador:

La muestra recogida son 45 mediciones en la unidad de urología (n 1=45), y 10 mediciones en Requirúrgica (n 2=10)

- Indicadores nivel del dolor. Tablas 2.1, 2.2, 2.3, 2.4,

Tabla 2.1. Indicadores dolor, escala n.

Indicador	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
Dolor referido	0.0%	4.76%	42.85%	23.80%	28.57%
Inquietud	0.0%	14.28%	33.33%	23.80%	28.57%
Insomnio	3.12%	15.62%	9.37%	15-62%	56, 25%

Muestra n=n 1+n 2=55

Tabla 2.2 Indicadores dolor, escala a

Indicador	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
Sudoración	4.76%	9.52%	0.0%	16.66%	69.04%

Muestra n=n 1+n 2=55

Tabla 2.3. Escala EVA.

Moderado	4-3	30%
Leve	2-1	70%

Muestra n 2=10

Tabla 2.4. Escala Richmond (RASS).

Alerta y tranquilo 0 80%

Inquieto 1 20%

Muestra n2=10

- Indicadores severidad de la infección. Tabla 3.

Tabla 3. Indicadores infección, escala n.

Indicador	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
Aumento de leucocitos	20.0%	0.0%	0.0%	61.5%	39.5%
Fiebre	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
Dolor/hipersensibilidad	0.0%	4.76%	42.85%	23.80	28.57%
Supuración purulenta	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	

Muestra n=n 1+n 2=55

2 Consideramos cifras normales entre 4 y 10500 leucocitos.

Los datos objetivos disponibles fueron: temperatura entre 36 y 37.2° C, escala EVA entre 1 y 4, cifras de leucocitos entre 6.4 y 15.0 x 1000 μ %. Cultivos de punta de catéter y de exudado de herida negativos.

Tabla 4. Datos objetivos

REA QUIRÚRGICA

POSTOPERATORIO (Días) 1 2 3

Temperatura (°C)* 36,1

36,8 37,2

Leucocitos (x1000/ μ L) 15-14.5 13.8-10.7-12.5 12.3-12.4-11.4

Lactato (mmol/l) 0.9-1.3 1.1-1.3-0.7

0.9-0.7-0.7

Escala EVA 4-4-3-2 2-1-1 1-1-1

Escala RICHMOND (RASS) 0-1-0-0 1-0-0 0-0-0

* Se anota el valor más elevado de la toma diaria.

UROLOGÍA

POST

OPERATORIO (Días) 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
14 15 16 17 18

Tª (°C)*	37,1	36,9	36,4	36,1	36,5	36,2	36,1	36,2	36,6	37,2	36,6
	37,1	36,8	36,9	36,6							
Leucocitos (x1000/ μ L)	9.3			5.7	6.4			7.6			
	7.2										
Lactato (mmol/l)		0.8									
Cultivo exudado herida										N	

* Se anota el valor más elevado de la toma diaria.

INTERVENCIONES

Las principales intervenciones realizadas acordes a los resultados planteados han sido: Manejo del dolor, administración analgésicos, cuidados sitio incisión, monitorización signos vitales, manejo muestras, manejo de eliminación urinaria, mantenimiento de los DAV, cuidados de los catéteres urinarios, y cuidados de la ostomía.

EVALUACIÓN

Respecto al nivel de dolor:

En la estancia en reanimación las escalas EVA y Richmond (RASS) aplicadas para evaluar el dolor referido y la inquietud han sido herramientas más útiles que las escalas propias de los indicadores.

En la unidad de hospitalización observamos los siguientes hallazgos:

La sudoración no ha aparecido en relación con el dolor, no ha sido un indicador significativo para el caso que nos ocupa.

El dolor referido y la inquietud se modifican de modo similar en las mediciones, y están correlacionados entre sí.

El insomnio no indica específicamente dolor, puesto que aparece también relacionado con el nivel de ansiedad mostrado por el paciente.

En cuanto a la severidad de la infección:

La escala del indicador "aumento de leucocitos" no aporta información precisa, debido a que es una información cualitativa. La importancia de la variación está en el dato numérico.

En cuanto a la escala del indicador fiebre, igualmente es imprecisa, ya que el signo clínico lo da la cifra de la temperatura.

El indicador dolor no se ha podido relacionar con la infección por falta de episodios infecciosos.

El indicador supuración purulenta ha sido irrelevante ya que clínicamente solo aparece un exudado seroso con cultivos negativos, por lo que la expresión del indicador es siempre “ninguna”

CONCLUSIONES

Los valores de los indicadores se corresponden con la evolución clínica del paciente.

A la vista del caso la definición de los indicadores debería mejorarse, sobre todo cuando estos se apoyan en datos numéricos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Maas, M.L., Swanson, E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. 2012. Elsevier. España.
2. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2014 de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)
3. Moorhead, S.; Johnson, M.; Maas, M.L.; Swanson, E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), 4ª ed. Elsevier España, 2009
4. Bulechek, G.M.; Butcher, H.K.; McCloskey Dochterman, J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería, (NIC). 5ª edición. Elsevier España, 2009
5. Apfelbaum J.L., Ashburn M.A., Connis R.T., Gan T.J., Nickinovich D.G. Practice Guidelines for Acute Pain Management in the Perioperative Setting: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. Anesthesiology. February 2012 - Volume 116 - Issue 2 - p 248–273 doi: 10.1097/ALN.0b013e31823c1030
6. Manual de planes de cuidados de enfermería Hospital Universitario Río Hortega. Plan de cuidados estandarizado PES00063 Cistectomía. Dep legal 1312.2008. Valladolid
7. Cuidados pre y post-quirúrgicos del paciente sometido a cistectomía. Disponible en www.enfervalencia.org/ei/antiores/articles/rev57/artic02.htm. Consultado el 31 enero 2014
8. Walsh P.C et al. Campbell Urología, 8ª ed, vol 4. Buenos Aires. Médica Panamericana 2004
9. Valoración y manejo del dolor. Guía de buenas prácticas para enfermería. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) e Investen. 2002. Disponible en http://www.evidenciaencuidados.es/evidenciaencuidados/evidencia/evidencia_recursos_RNAO.php.

PROCESO ENFERMERO ANTE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO: CASO CLÍNICO

AUTOR/ES

Nieves Rodríguez Fernández, Alumna de 4º de Grado del Centro de Enfermería Cruz Roja adscrito a la Universidad de Sevilla.

PALABRAS CLAVE

Caso clínico, incontinencia urinaria de esfuerzo, taxonomía enfermera.

INTRODUCCIÓN

El proceso enfermero (PE) es una herramienta básica y necesaria para el ejercicio profesional de la enfermería. Es un método sistemático para la gestión de cuidados individualizados, que permite tener una visión integral y holística del usuario¹.

La incontinencia urinaria de esfuerzo es "la pérdida involuntaria de orina durante el aumento de la presión abdominal en ausencia de contracción del músculo detrusor". Supone un gran impacto para la persona que la padece².

Se presenta el PE elaborado para una mujer joven de 20 años que presenta incontinencia urinaria de esfuerzo desde hace 3 meses. Llevaba una vida normal, tenía su grupo de amigos con los que solía salir pero refiere que desde que tiene la incontinencia no quiere salir con ellos. Tiene pareja pero no sabe si dejar la relación puesto que le preocupa su problema y que su pareja no la acepte o la rechace. Acaba de empezar la universidad y no conoce a mucha gente pero tampoco quiere relacionarse más porque se siente avergonzada. Especifica que tiene que pasar muchas horas en la Universidad y al tener pérdidas de orina le preocupa el olor y que los demás compañeros se den cuenta y la discriminen; Para evitar o disminuir eso, intenta no beber líquidos durante esas horas. Vive en casa de sus padres, donde dice que pasa la mayor parte del tiempo desde que tiene el problema de la incontinencia. Tiene una hermana mayor de 24 años y la relación con ella y con sus padres es buena. Comenta que se siente apoyada por ellos aunque a veces es ella misma la que no quiere que la ayuden porque se siente frustrada al no poder evitar las pérdidas de orina.

VALORACIÓN

Se realiza la valoración de enfermería según los patrones funcionales de Gordon³.

Para preservar la intimidad de la usuaria se ha sustituido su nombre real por el nombre ficticio de Noelia para referirse a la misma.

Los patrones funcionales identificados como alterados son los siguientes: nutricional/metabólico, eliminación y autoperceptivo/autoconcepto.

PATRÓN NUTRICIONAL / METABÓLICO

ALIMENTACIÓN:

La usuaria realiza una alimentación oral. En cuanto a la dieta y los líquidos, Noelia suele hacer cuatro comidas al día. Entre semana no tiene una dieta muy equilibrada porque dos o tres días a la semana se queda a comer en la Universidad. A veces se lleva comida hecha de casa pero algunos días compra el almuerzo en un restaurante de comida rápida. Refiere que los fines de semana su madre le intenta hacer una dieta lo más equilibrada posible para compensar los días que come fuera. Le gusta casi todo tipo de fruta, suele comerla de postre y algunas veces para merendar. Solía beber unos dos litros de agua al día pero comenta que desde que tiene la incontinencia bebe muy poco para evitar las pérdidas, sobre todo cuando está fuera de casa. Verbaliza que prefiere tener sensación de sed a beber agua y tener pérdidas de orina que la humillen delante de las personas de su alrededor.

La usuaria refiere experimentar falta de apetito a veces, sobre todo cuando se siente ansiosa y con baja autoestima.

No presenta ninguna falta de dientes, problemas de deglución, algún tipo de prótesis ni náuseas o vómitos. Realiza una higiene bucodental adecuada.

Pesa 55 kilogramos y su talla es de 1'60 centímetros. IMC: 21'48

ESTADO DE PIEL Y MUCOSAS:

Noelia presenta una piel íntegra aunque deshidratada. En cuanto a la coloración es normal. No hay presencia de ictericia, cianosis, palidez, úlceras por presión, herida quirúrgica o edemas.

La usuaria presenta la piel seca al roce, sobre todo en rostro, brazos y piernas.

PATRÓN ELIMINACIÓN

La usuaria refiere que su patrón habitual de eliminación intestinal es de una deposición al día de consistencia normal.

No presenta hemorroides ni ostomías y verbaliza que no utiliza ninguna ayuda para evacuar.

Con respecto a la eliminación urinaria, Noelia presenta una incontinencia, específicamente de esfuerzo.

No utiliza colector, sonda urinaria o urostomía ni drenajes pero sí refiere utilizar un sistema absorbente.

La usuaria comenta que se siente estreñida y que le cuesta ir al baño ya que actualmente realiza una deposición de consistencia dura cada cuatro días aproximadamente. También refiere que el sistema absorbente que utiliza no le es efectivo.

PATRÓN AUTOPERCEPTIVO / AUTOCONCEPTO

La usuaria verbaliza tener sensación de ansiedad/temor, sentirse menos útil/válida desde que está enferma y sentir preocupación por los cambios funcionales/corporales.

Noelia presenta un alto grado de preocupación y ansiedad por la situación que está viviendo porque se ve desbordada. No sabe cómo afrontar la situación. Se siente menos válida en su vida diaria porque ahora no puede realizar actividades que antes desempeñaba sin ningún problema. Teme que esta situación ya sea de por vida y no vuelva a tener la vida que tenía hace tres meses atrás.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

1. (00017) Incontinencia urinaria de esfuerzo r/c debilidad de los músculos del suelo pélvico m/p expresa tener pérdidas involuntarias de orina con el esfuerzo.
2. (00027) Déficit de volumen de líquidos r/c aporte insuficiente por preocupación de la usuaria M/P piel seca y escamosa.
3. (00125) Impotencia r/c falta de control sobre su situación actual y fisiológica m/p verbalización de la usuaria de sentirse frustrada al no poder evitar las pérdidas de orina.
4. (00120) Baja autoestima situacional r/c deterioro de la función urinaria m/p verbalizaciones de negación de sí misma.
5. (00146) Ansiedad r/c cambio en el estado de salud m/p preocupación.

RESULTADOS

Para la elaboración del plan de cuidados se establecen los siguientes resultados esperados NOC⁵ indicando el valor actual, la puntuación diana y el tiempo previsto de cada uno, además de sus correspondientes indicadores mostrando también el estado inicial y el estado esperado de cada indicador.

RESULTADO NOC ⁴	VALOR ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA	TIEMPO PREVISTO
(0502) Continencia urinaria	1	4	30 días
(0602) Hidratación	2	5	15 días
(1702) Creencias sobre la salud: percepción de control	1	5	30 días
(1205) Autoestima	2	5	30 días
(1300) Aceptación: estado de salud	1	5	30 días

INDICADOR	ESTADO INICIAL	ESTADO ESPERADO
(050211) Pérdidas de orina al aumentar la presión abdominal (estornudar, reír, levantar pesos)	1. Nunca demostrado	4. Frecuentemente demostrado
(050212) Ropa interior mojada durante el día	1. Siempre demostrado	4. Raramente demostrado
(060202) Membranas mucosas húmedas	2. Moderadamente comprometido	5. No comprometido
(060215) Ingesta de líquidos	1. Gravemente comprometido	5. No comprometido
(170202) Implicación requerida en decisiones sobre la salud	2. Débil	5. Muy intenso
(170204) Creencia de que las propias decisiones controlan los resultados sobre la salud	1. Muy débil	5. Muy intenso
(120501) Verbalizaciones de autoaceptación	1. Nunca positivo	5. Siempre positivo
(120507) Comunicación abierta	2. Raramente positivo	5. Siempre positivo
(130010) Superación de la situación de salud	1. Nunca demostrado	5. Siempre demostrado
(130016) Mantiene las relaciones	2. Raramente demostrado	5. Siempre demostrado

INTERVENCIONES

Para obtener los anteriores resultados se planifican las siguientes intervenciones NIC⁶ con sus actividades correspondientes:

INTERVENCIÓN NIC ⁵	ACTIVIDADES
(0610) Cuidados de la incontinencia urinaria	- Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones. - Ayudar a seleccionar la prenda/ compresa de incontinencia adecuada para el manejo a corto plazo mientras se determina un tratamiento más definitivo.
(0560) Ejercicio del suelo pélvico	- Enseñar a la mujer a realizar ejercicios para apretar el músculo, practicando 300 contracciones cada día, manteniendo las contracciones durante 10 segundos cada vez y descansando como mínimo 10 segundos entre contracciones, según protocolo del centro. - Dar instrucciones escritas donde se describa la intervención y el número de repeticiones recomendadas.
(4120) Manejo de líquidos	- Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación. - Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática), según sea el caso.
(4480) Facilitar la autorresponsabilidad	- Considerar responsable a la usuaria de sus propias conductas. - Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad.
(5400) Potenciación de la autoestima	- Determinar la confianza de la usuaria en sus propios juicios. - Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
(5230) Aumentar el afrontamiento	- Valorar el impacto de la situación vital de la usuaria en los papeles y relaciones. - Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
(5270) Apoyo emocional	- Animar a la usuaria a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. - Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.

EVALUACIÓN

En el presente PE se realizará una evaluación precisa y exhaustiva para comprobar que se han alcanzado los resultados planteados anteriormente mediante la realización y consecución de las intervenciones y actividades pertinentes. Para ello, se llevará a cabo una entrevista en la que se preguntará por las pérdidas de orina y la ropa interior mojada durante el día. Se explorarán sus creencias sobre sus decisiones de salud. Se evaluará si presenta una comunicación abierta y si existen verbalizaciones de autoaceptación y por último se preguntará sobre la aceptación del estado de salud y si han mejorado y mantiene sus relaciones.

Además, se realizará una exploración física en la que se comprobará la hidratación cutánea mediante la técnica del pliegue cutáneo. Se inspeccionará que las mucosas estén suficientemente húmedas y se hará un registro exhaustivo de la ingesta de líquidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benavent Garcés MA, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de enfermería. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2009.
2. Wein A, Kavoussi L, Novick A, Partin A, Peters G. Campbell-Walsh Urología. 9ª ed. Vol 3. Madrid: Médica Panamericana; 2008.
3. Berman A, Snyder S, Kozier B, Erb G. Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y prácticas. 8ª ed. Vol 1. Madrid: Pearson; 2008.
4. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier; 2012.
5. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
6. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

VALORACIÓN DE FACTORES RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO ESTILO DE VIDA SEDENTARIO PARA LA SELECCIÓN DE NOC'S

AUTOR/ES

M. Luisa Guitard Sein-Echaluce¹, Joan Torres Puig-gros^{1, 2}, Gemma Espigares Tribó³, Josep M Gutiérrez Vilaplana⁴, Divina Farreny Justribó^{1, 5}, Inés Torrelles Charlez⁴.

¹ Facultad de enfermería. Universidad de Lleida

² Sección de epidemiología. Servicios territoriales de Salud en Lleida

³ Estudiante de máster

⁴ Servicio de nefrología. Hospital Universitario Arnau de Vilanova

⁵ Departamento de Cooperación Municipal - Unidad de Salud pública. Diputación de Lleida

PALABRAS CLAVE

Resultados, sedentarismo, conocimientos, motivación

INTRODUCCIÓN

En el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) son tan importantes las medidas encaminadas a conseguir modificaciones de estilo de vida que se incluyen en todos los tipos de hipertensión como el tratamiento farmacológico¹. La realización de actividad física de forma regular (mínimo de 30 minutos de actividad ligera por lo menos 5 días a la semana) forma parte del tratamiento de la hipertensión arterial². Aunque el consejo sobre realización de ejercicio físico se incluye sistemáticamente en las visitas de control, el seguimiento de esta pauta se puede considerar irregular y mejorable³, probablemente porque dicho consejo es estándar y basado en la información y no contempla las condiciones individuales de cada persona con hipertensión que pueden personalizarse mediante una valoración individualizada de los motivos que conducen al seguimiento o no de esta pauta.

En la conferencia de NANDA en 2004 se aprobó el diagnóstico *Sedentarismo*⁴ del que se modificó la etiqueta en 2012⁵ por la de *Estilo de vida sedentario*.

Los factores relacionados aceptados para este diagnóstico son: conocimientos deficientes sobre los beneficios del ejercicio físico, falta de interés-motivación, falta de recursos (tiempo, compañía, instalaciones) y falta de entrenamiento para la realización de ejercicio físico.

Para elegir los resultados que se quieren alcanzar⁶ es importante conocer cuáles son los factores que condicionan el diagnóstico enfermero sobre el cual queremos actuar.

OBJETIVOS

Analizar la frecuencia observada de los factores relacionados del diagnóstico estilo de vida sedentario

Seleccionar los NOCs adecuados a los factores identificados.

MATERIAL Y METODOS

Estudio transversal, incluyendo personas con hipertensión de 18 a 80 años, atendidas en 5 áreas básicas de salud, urbanas y rurales. Se excluyeron aquellos en los que la actividad física estaba contraindicada o presentaban problemas de movilidad, demencias o problemas de comunicación.

La variable dependiente nivel de actividad física en el tiempo libre (AFTL) se midió a través del cuestionario Minnesota en met's/d y se estratificaron los resultados en tres niveles: actividad física ligera (<143 met's), moderada (143-286 met's) e intensa (>286 met's).

Se formularon preguntas sobre los factores relacionados aceptados para el diagnóstico estilo de vida sedentario: Conocimientos sobre los beneficios del ejercicio físico, interés/motivación hacia la realización de ejercicio (cuantificado mediante el test de estados de cambio de Prochaska) y recursos (tiempo, dinero, compañía, instalaciones).

La información se obtuvo por entrevista personal realizada por las enfermeras de las respectivas áreas de salud.

Medida de frecuencia: prevalencia acompañada del intervalo de confianza del 95%. Asociación: pruebas t de Student y ANOVA. Nivel de significación: $p < 0,05$.

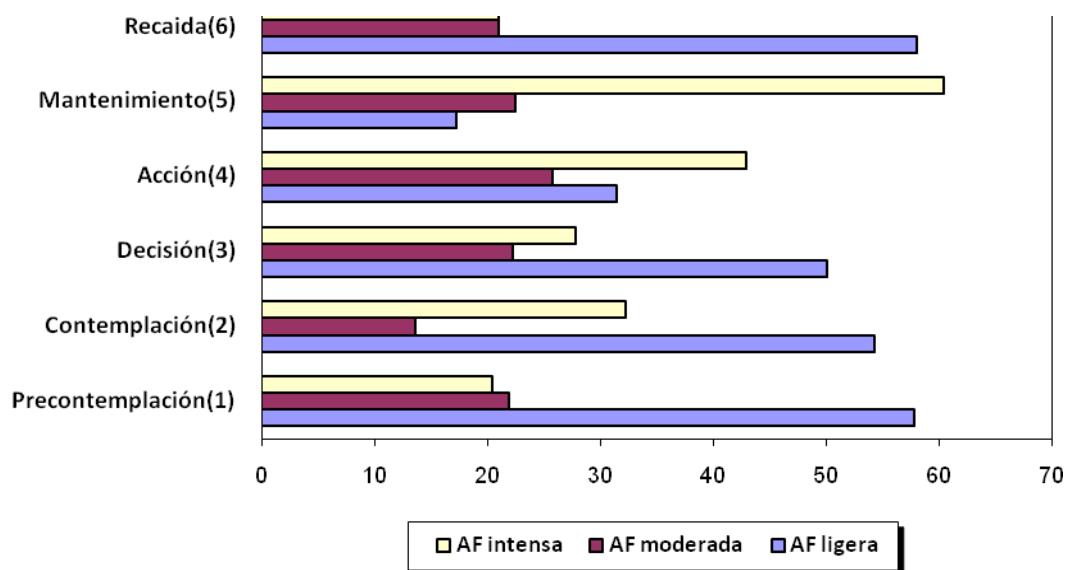
RESULTADOS

La muestra final fueron 786 entrevistados en los que la prevalencia del diagnóstico estilo de vida sedentario (<143 mets/día) fue del 37,7% ya que no cumplían las recomendaciones mínimas de 30 minutos de actividad ligera 5 días por semana.

En cuanto a los conocimientos un porcentaje importante de ellos (17%) no identificaron la realización de actividad física como parte del tratamiento de la HTA, aunque no se identificó asociación entre haber recibido consejo y el nivel de actividad física realizado. Sí que se identificó significativa ($p < 0,000$) la asociación entre un menor número de consejos recibidos en los últimos 6 meses y la realización de un nivel de actividad física ligero.

Sobre el interés-motivación (Figura 1) las actitudes más pasivas como son la precontemplación (ni hacían ejercicio físico ni tenían intención de hacerlo) con una prevalencia del 25,7% y contemplación (no hacían ejercicio físico pero habían pensado en hacerlo) con una prevalencia del 7,5%, se asociaron significativamente ($p < 0,000$) con la realización de niveles menores de actividad física. Los estadios más activos se asocian con mayor prevalencia de nivel de actividad física intensa volviendo a invertirse en el estadio de recaída.

Figura 1: Relación entre actitud hacia la realización de actividad física y nivel de AFTL



¹ No soy muy activo físicamente ni tengo intención de ser más activo en los próximos meses.

² No soy muy activo físicamente pero estoy pensando en aumentar mi actividad física durante el próximo mes.

³ No soy muy activo físicamente pero estoy decidido a aumentar mi actividad física durante el próximo mes.

⁴ Soy bastante activo físicamente desde hace menos de 6 meses.

⁵ Soy bastante activo físicamente desde hace más de 6 meses.

⁶ Acostumbraba a ser bastante activo físicamente hace un año pero en los últimos meses he sido menos activo.

Los recursos como la compañía influían en la realización de un nivel de actividad intensa en mayor porcentaje (50,7%) y la utilización de instalaciones sobre las que se tenga buena opinión (distancia, horario, económica) resultaron significativamente asociadas con un mayor nivel de AFTL. El nivel económico no se asoció globalmente con el nivel de actividad física realizado.

Ante estos resultados se considera adecuado ante un diagnóstico de estilo de vida sedentario seleccionar resultados no solo relacionados con el nivel de actividad física realizada sino relacionados con los factores relacionados que conducen al diagnóstico, es decir:

Conocimiento: actividad prescrita: hay que garantizar la efectividad de la información ya que en un 17% de los casos las personas con HTA no recordaban este consejo pero sí que se observó un aumento de su efectividad al repetirlo más veces en los últimos meses.

Motivación: especialmente este NOC es adecuado ya que en un porcentaje importante de casos la realización de un nivel insuficiente de AFTL es la falta motivación hacia dicha realización más que un

problema de falta de conocimientos. Las intervenciones tendrán que encaminarse más hacia el cambio de actitud que hacia la información sin tener en cuenta la predisposición al cambio.

CONCLUSIONES

El consejo estándar sobre la realización de actividad física en el tiempo libre proporcionado personas con hipertensión produce resultados irregulares si no se tiene en cuenta la motivación de cada persona hacia la realización de ejercicio. Hay que tener en cuenta la motivación para poder interpretar los resultados obtenidos con intervenciones encaminadas a mejorar y mantener el nivel de actividad física realizado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2013 Jul; 34(28): 2159–219.
2. De Catalunya G. Guia de prescripció d'exercici físic per a la salut (PEFS). Barcelona: Direcció General de Salut Pública (Departament de Salut) Secretaria General de l'Esport (Departament de la Vicepresidència); 2007.
3. Guitard Sein-Echaluce ML, Torres Puig-gros J, Farreny Justribó D, Gutiérrez Vilaplana JM, Martínez Orduna M, Artigues Barberá EM. Cumplimiento de las recomendaciones sobre actividad física en personas hipertensas asistidas en atención primaria. Gac Sanit. 2013; 27(4): 365.
4. Guirao Goris JA, Moreno Pina JP, Martínez del Campo P. Validación del contenido diagnóstico de la etiqueta diagnóstica enfermera "sedentarismo." Enfermería Clínica. 2001; 11(4): 135–40.
5. NANDA-Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.
6. Moorhead S. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Elsevier España; 2009.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO “SUFRIMIENTO MORAL” EN LA GESTACIÓN

AUTOR/ES

Lorena Córdoba Moreno

PALABRAS CLAVE

Parto en domicilio, diabetes gestacional, plan de cuidados

INTRODUCCIÓN

El proceso enfermero es un método científico para brindar cuidados de forma dinámica y sistematizada, que promueven cuidados humanísticos centrados en unos resultados eficaces. El proceso enfermero (PE) consta de las siguientes etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación¹. Basándonos en el proceso enfermero se propone resolver el siguiente caso práctico:

Mujer gestante de 33 años, es seguidora de terapias naturales, acude al hospital para consulta del segundo trimestre de gestación de su tercer hijo. Los dos partos anteriores fueron programados en agua en su domicilio y con su familia. Con estas experiencias previas acordó con su matrona un parto similar. Sin embargo, en la exploración le detectan diabetes gestacional y se le informa de la obligación de llevar un seguimiento hospitalario. Expresa enfado y verbaliza que no va a ceder a ninguna manipulación en contra de sus creencias y valores.

Hay que saber que la diabetes mellitus gestacional (DMG) se define como la intolerancia a la glucosa diagnosticada por primera vez durante el embarazo. Es la complicación más frecuente en el embarazo y su frecuencia es variable según los distintos estudios y poblaciones. Su importancia se debe a que aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas como es el sufrimiento fetal, macrosomía y problemas neonatales. La diabetes gestacional es causada por los efectos bloqueadores de otras hormonas en la insulina producida, lo que se conoce como resistencia a la insulina y se presenta a partir de la semana 20 de gestación.²

En los últimos años el parto se ha convertido en un producto hospitalario carente de humanización. Este hecho provocó que algunas organizaciones como la OMS, instaron a devolver el parto a las mujeres y a sus familias³. Así pues, se instaura en 2007 la *Estrategia de atención al parto normal del SNS*, aunque en España hoy en día pocos hospitales ofrecen este servicio. Como podemos ver en este estudio, en la última década se atendieron en España 0,37% partos en domicilios de la totalidad de la muestra. Cataluña, en 1996, se situaba en el escalón más alto con un 0,64% (351 partos), variando muy poco en los últimos años. Las causas de estas cifras son la poca información, la dificultad para encontrar matronas que atiendan en domicilio, el miedo al peligro de la madre e hijo y el coste económico del proceso. Sin embargo, las ventajas que presentan el parto domiciliario son varios, como: la intimidad, el apoyo emocional, libertad de movimientos y posturas, medios naturales para abordar el dolor y mínimo usos de técnicas agresivas.⁴

Los criterios de inclusión para el parto domiciliarios como cita esta guía son⁵:

Se tiene que llegar a un acuerdo sobre el plan de nacimiento antes de las 28 semanas de gestación

Se debe realizar al menos cuatro visitas al hospital antes de la asistencia al parto y una de ella se hará en el propio domicilio de la gestante

La gestante siempre debe de aportar los controles ecográfico y pruebas complementarias que se le hayan

La gestación será de un solo bebe y de presentación cefálica

Se asistirá el parto en el domicilio de la gestante entre la semana 37 y 42 de gestación

Es primordial que se mantengan los criterios de normalidad durante toda la gestación, sin haber ningún tipo de riesgo. En caso de alguna desviación, la gestante será valorada y se desviara en los casos oportunos

La elección de parir en casa tiene que ser una decisión informada y libre de la mujer. Se debe cerciorar sobre la responsabilidad de la gestante y de su pareja en la elección del parto a domicilio.

VALORACIÓN

En la primera etapa del Proceso Enfermero (PE), la valoración, se examina el estado de salud de forma holística del paciente; es decir, se identifica el problema mediante una entrevista consensuada. En este caso, Según Virginia Henderson, presenta alterada la necesidad de vivir de acuerdo con sus valores y creencias.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

El juicio clínico al que llegamos tras la valoración se establece mediante el siguiente diagnóstico NANDA⁶:

Sufrimiento moral R/C conflictos culturales M/P frustración y oposición frente a la alternativa.

PLANIFICACIÓN

Desde un primer momento se percibe que la percepción de salud en el usuario es distinta a la del profesional de la salud, con lo cual, debemos de utilizar los recursos que tengamos a nuestro alcance, como por ejemplo la pareja o algún familiar implicado en la gestación, para iniciar un proceso de enseñanza de la enfermedad. Es importante que el paciente, al igual que su núcleo familiar, tenga conocimientos básicos sobre la diabetes gestacional, de las complicaciones que puede tener y como evitarlas una vez instauradas. Si conseguimos instaurar estos conocimientos en el usuario, quizás la percepción de prioridad del sujeto que presentaba en un primer momento en la valoración "no ceder a ninguna manipulación durante la gestación y el parto para que fuese totalmente natural" cambie a un segundo plano, instaurándose en un primer plano, su propia salud y la del feto; coincidiendo así, con la principal prioridad del personal sanitario: la protección a la vida.

La consideración de las expectativas culturales es otra visión que debemos aclarar con el paciente. Se debe hacer entender que se sopesa la alteración psicológica que puede llegar a ocasionar al ver que sus expectativas durante la gestación no pueden cumplirse por una enfermedad, por lo que el equipo multidisciplinar se va a mostrar muy flexivo, intentando en la medida de lo posible, acercarse a la gestación y parto deseado en un principio incorporando creencias culturales. Todas estas visiones son ejecutadas mediante las intervenciones enfermeras y así obtener unos resultados deseados.

RESULTADOS

Se decide usar los resultados NOC⁷ *Satisfacción del paciente/usuario: cumplimiento de las necesidades culturales* y *Conocimiento: régimen terapéutico*. Se utilizan los indicadores: *Consideración de las expectativas culturales, Incorporación de creencias culturales en la educación sanitaria y Proceso de enfermedad*. El estado inicial en la escala Likert es 1, nunca demostrado y el deseado 5, siempre demostrado

INTERVENCIONES

Para alcanzar los resultados deseados descritos anteriormente, se eligen las intervenciones NIC⁸: *Intermediación cultural, Medición de conflictos, Clarificación de valores, Ayuda al control del enfado y Enseñanza: proceso de enfermedad*. Se planificaron actividades correspondientes.

EVALUACIÓN

Trascurridas 4 semanas se consideran los conocimientos sobre el régimen terapéutico de la usuaria y la coherencia con sus valores culturales a través de una entrevista de valoración enfermera.

BIBLIOGRAFÍA

Benavent A, Francisco C, Ferrer E. El proceso de cuidar y su instrumento metodológico. García R, coordinadora. Fundamentos de Enfermería. 2ª ed. Valencia: DAE

Zachary T. Bloomgarden. Gestational Diabetes Mellitus and Obesity. Diabetes Care May 2010 33: e60-e65; doi: 10.2337/dc10-zb05

Grupo Técnico de Trabajo OMS. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Biblioteca Lascasas 2005; 1.

Rodríguez Feijóo, A.B. El "peixet". La experiencia de parir en casa. [The "peixet". The experience of giving birth at home] Index de Enfermeria 2009; 18 (1): 57-60

Col·legi Oficial Infermeria de Barcelona. Protocolo deguía de asistencia del parto en casa. Barcelona 2010

Herdman, T.H. (2012) (Ed). NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2012-2014. Barcelona: Elsevier

Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swansonz, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4º Ed. Madrid: Elsevier; 2009

Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editoras. Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC). 5º Ed. Madrid: Elsevier; 2009

¿QUÉ DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA IDENTIFICAN LOS ESTUDIANTES DURANTE SUS PRÁCTICAS ASISTENCIALES?

AUTOR/ES

M^a Nelia Soto-Ruiz, Raquel Saénz-Mendía, Yolanda Montes-García, Belén Montoro-Sánchez, José M^a García-García, Blanca Marín-Fernández. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Pública de Navarra.

e-mail: nelia.soto@unavarra.es

INTRODUCCIÓN

La elaboración de planes de cuidados (PC) realizados por los estudiantes durante las prácticas asistenciales, permite la adquisición de competencias para aplicar los principios metodológicos de enfermería (1, 2). La Enfermería como disciplina utiliza el pensamiento crítico como proceso de razonamiento en el que el conocimiento y la experiencia de cada persona junto con sus capacidades, actitudes y normas, sirve de guía para prestar una atención de Enfermería profesional con calidad y responsabilidad (3, 4, 5). Mediante el desarrollo de capacidades y actitudes de pensamiento crítico, los alumnos como futuros profesionales, avanzarán hacia el establecimiento de mejoras prácticas en un entorno de cuidados de salud basados en la evidencia. Este enfoque parte de una visión profundamente enfermera, donde a partir de situaciones de la vida real, el estudiante es capaz de integrar los conocimientos de distintas áreas para afrontar la situación o problema. Para ello es necesario incorporar esta actividad en el programa docente de la asignatura, formar previamente a los estudiantes en el uso de la metodología y realizar una tutorización permanente para la aplicación de la misma (6).

La utilización de los diagnósticos de enfermería (DxE) mejora la planificación de cuidados, y la coordinación del equipo multidisciplinar en el reconocimiento de las respuestas humanas que pueden resultar difíciles de valorar. La inclusión de las etiquetas en los distintos dominios propuestos por la NANDA permite indagar en todas las esferas que abarcan a la persona en su totalidad (7). A su vez, un marco común de referencia proporciona información sistematizada empleando una nomenclatura internacional

OBJETIVOS

Conocer las etiquetas de los DxE identificados por los estudiantes, así como el tipo de errores que se producen en su formulación, al elaborar un plan de cuidados (PC) personalizado a un paciente adulto de atención especializada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, mediante el análisis de los PC elaborados por los estudiantes de 2º y 3º de la titulación Diplomado en Enfermería, de la Universidad Pública de Navarra, en el transcurso de las prácticas asistenciales, en el curso 2009/2010 y 2010/2011.

X Symposium AENTDE. Sevilla 2014.

Durante el desarrollo de sus prácticas asistenciales y como elemento de evaluación, los estudiantes elaboraron un PC individualizado en su unidad de prácticas, dirigido paciente adulto de atención especializada. El marco teórico para la realización del juicio diagnóstico es el Modelo Bifocal de la Práctica Clínica de Linda Carpenito (8) y la utilización de la taxonomía de la NANDA-I.

En cada uno de los PC se valoró la correcta formulación de los diagnósticos de enfermería. Los criterios para tipificar los errores de formulación fueron: a) selección de etiqueta diagnóstica incorrecta para el problema identificado (el problema no era del ámbito independiente de la enfermería o la definición de la etiqueta no identificaba el problema definido), b) ausencia de datos de valoración que evidenciasen las características definitorias y c) factor relacionado inadecuado. La valoración de los PC fue realizada por cada una de las profesoras responsables de los Seminarios de Integración de la Práctica Asistencial (SIPA) según grupos de estudiantes.

Para el análisis de frecuencias se realizó el paquete estadístico SPSS versión 21.0.

RESULTADOS

Se revisaron 162 PC elaborados por 315 estudiantes, de forma individual (35,2%) o en equipo de 2 -4 personas (64,8%). Estos planes de cuidados se clasificaron por diferentes áreas de asistencia de atención especializada: unidades médicas (54,3%), unidades quirúrgicas (29,6%) y unidades especiales (16,1%). El número total de DxE formulados fue de 978, siendo la media por PC de 5,69 diagnósticos (DS 2,770) y utilizándose 136 etiquetas diferentes. El 77,0% (753) de los diagnósticos formulados resultaron correctos, frente a un 23,0% (225) que se consideraron incorrectos. En éstos, en el 6,5% de los casos lo fueron por elección de etiqueta diagnóstica incorrecta, en el 9,8% por ausencia de datos de valoración que evidenciasen las características definitorias y en el 6,6% por inadecuación del factor relacionado). (Tabla 1)

Las etiquetas diagnósticas utilizadas se clasificaron atendiendo a los 13 dominios propuestos por la taxonomía II de la NANDA-I. Las etiquetas vinculadas al dominio 4 (Actividad/Ejercicio) constituyeron el 33,9% del total y el 30,9% correspondieron al dominio 11 (Seguridad/Protección); sin embargo hubo dos dominios en los que no se seleccionó ninguna etiqueta diagnóstica. (Tabla 2)

Entre las etiquetas utilizadas con más frecuencia destacaron: Riesgo de infección que se identificó en el 71,6% de los PC revisados y Déficit de autocuidado: baño/higiene en el 38,3% de los PC. En la tabla siguiente se pueden observar el 80% de las etiquetas diagnósticas utilizadas por los estudiantes. (Tabla 3)

DISCUSION

La formación en la práctica clínica empleando la metodología enfermera garantiza una buena interacción entre teoría y práctica. La competencia sólo puede adquirirse poniendo en juego las capacidades en un contexto de práctica profesional.(9)

Se utilizaron el 66,02% (n=136) de las etiquetas definidas en la NANDA International 2009-2011. Es un alto porcentaje de DxE utilizados, si consideramos que un número importante de los mismos están dirigidos a problemas del ámbito materno-infantil y comunitario, por lo tanto no susceptibles de utilizar por parte de los estudiantes al estar realizando sus prácticas en unidades de atención especializada para adultos.

Consideramos que la falta de utilización de las etiquetas diagnósticas en los dominios 8 y 13 puede estar condicionada por múltiples factores. Por una parte, las características definitorias de estos diagnósticos se encuadran dentro de lo que consideramos la esfera persona, que requieren de una mayor pericia en la entrevista, sensibilidad, empatía y madurez (10). Así mismo requieren de una confianza entre paciente y enfermero y que en ocasiones no se da el tiempo de interacción suficiente en el binomio paciente/alumno.

Al igual que en otros estudios (1, 11, 12), entre los diagnósticos más frecuentes encontramos los relacionados con la movilidad, el autocuidado y las situaciones de riesgo, lo cual es explicable en relación a que los PC son de pacientes con procesos agudos con lo que ambos problemas se dan en un alto porcentaje de pacientes. Así mismo, encontramos los mismos DxE en PC elaborados por profesionales (13).

Se puede considerar un dato muy positivo el alto porcentaje de DxE considerados correctos, consideramos que tanto el enfoque de las asignaturas ligadas a las prácticas, en las que las clases expositivas se basan en desarrollo de planes de cuidados, el refuerzo de los seminarios donde el alumno desarrolla las distintas etapas, así como orientaciones y tutorías que se desarrollan durante los seminarios de integración, están permitiendo una alta integración de conocimientos y una buena capacidad para la traslación de esos conocimientos a la práctica.

Si analizamos las razones de la inadecuación de los DxE se observa que solo un pequeño porcentaje corresponde a una elección o clasificación incorrecta del problema, la mayoría de los errores se deben a la no existencia características definitorias o factores relacionados, es decir a una incompleta recogida de datos en la valoración. Es importante adaptar estrategias y metodologías que refuercen en el estudiante la recogida de datos mediante herramientas de fácil utilización, incorporando más seminarios que trabajen esta habilidad y prestando un especial interés a este paso del proceso.

La realización del estudio en la Diplomatura de Enfermería, abre nuevas líneas futuras de investigación que permitan comparar los resultados con los estudiantes del Grado.

CONCLUSIONES

La metodología docente utilizada está siendo bien asimilada por el estudiante, mostrando la capacidad para trasladarla a la práctica.

Se hace necesaria una mayor tutorización para que el estudiante mejore en competencias de valoración (recogida de datos e interpretación), que le conduzca a un juicio diagnóstico adecuado.

Capacitar a los estudiantes en la identificación de DxE es una estrategia de aprendizaje adecuada para su aplicación en los distintos contextos en los que transcurrirá su labor profesional (11, 14).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Fernández Lamelas MA, Álvarez Aragón F, Álvarez Rodríguez T, Lago Lemos C, López Vale C. Asumiendo competencias desde la aplicación NANDA NIC NOC en la práctica clínica. *Enferm Global* 2007; 6 (2).
- (2) Falcó Pegueroles, A. M., Luis Rodrigo, M. T. Nueva estructura para la enseñanza-aprendizaje de la materia de enfermería clínica en los estudios de Grado de Enfermería. *Educación Médica*, 2012; 15 (4): 207-212.
- (3) Zimmerman D., Pilcher J. Implementing NICU critical thinking programs: one unit's experience. *Neonatal Network* 2008; 27(4): 231-238.
- (4) Palese A, De Silvestre D, Valoppi G, Tomietto M. A 10-year retrospective study of teaching nursing diagnosis to baccalaureate students in Italy. *Int J Nurs Terminol Classif* 2009; 20(2): 64-75.
- (5) Yont GH, Khorshid L, Eser I. Examination of nursing diagnoses used by nursing students and their opinions about nursing diagnoses. *Int J Nurs Terminol Classif* 2009; 20(4): 162-168.
- (6) Urbano Moyano M, Guerra Barrero B, Bardaji Fandos T, Masó Serra M. Taxonomía Nanda en la formación de estudiantes de enfermería. Madrid 2010. Dipòsit Digital UB. Colecció Omado. Maig 2013. Disponible a: <http://diposit.ub.edu/dspace/browse?type=author>
- (7) NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier España, S.L., 2013.
- (8) Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermería: aplicaciones a la práctica clínica. 9ª ed. Barcelona: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A, 2003: 16-23.
- (9) La formación enfermera: Estado de la cuestión y perspectiva internacional. Fundación "La Caixa", 2004: 44-45
- (10) Brito Brito PR. Diagnósticos enfermeros priorizados en atención primaria. *EnfermGlobal*, 2009; 8(2).
- (11) Granados Gámez G, González Canalejo C, Gutiérrez Izquierdo MI, Márquez Membrive J, Latorre Fernández I, Ruiz Márquez T. Diagnósticos identificados por alumnos de Enfermería en sus prácticas. *Index Enferm (Gran)* 1999; 26: 9-12.
- (12) Ibáñez Alfonso LE, Amaya de Gamarra IC, Céspedes Cuevas VM. Visibilidad de las Escuela de Enfermería en los campos de práctica. *Revista Aquichan* 2005; 1(5): 8-19.
- (13) Cáceres Manrique FM, Cañon Montañez W, Rodríguez Acelas A, Rodríguez Salazar MS, Maldonado Caicedo L. Prevalencia de diagnósticos enfermeros del adulto hospitalizado en Unidades de Cuidado Intensivo. *Metas Enferm* 2005; 8(7): 27-31

ANEXO

Tabla 1. Evaluación de la formulación de los diagnósticos de enfermería.

	DxE formulados (n=978)	
	%	n
Correctos	77,0	753
Incorrectos	23,0	225
<i>Etiqueta diagnóstica incorrecta</i>	6,5	64
<i>Ausencia de datos en la valoración</i>	9,8	96
<i>Factor relacionado inadecuado</i>	6,6	65

Tabla 2. Clasificación por dominios de las etiquetas diagnósticas identificadas.

		Etiquetas diagnósticas	
Dominio		%	N =975
Dominio 1	Promoción de la salud	4,4	42
Dominio 2	Nutrición	6	59
Dominio 3	Eliminación/intercambio	7,2	70
Dominio 4	Actividad/reposo	33,9	332
Dominio 5	Percepción/cognición	4,9	48
Dominio 6	Autopercepción	3,1	30
Dominio 7	Rol/relaciones	0,9	9
Dominio 8	Sexualidad	0	0
Dominio 9	Afrontamiento/tolerancia al estrés	6,3	62
Dominio 10	Principios y valores	0,7	7
Dominio 11	Seguridad/protección	30,9	302
Dominio 12	Confort	1,6	14
Dominio 13	Crecimiento/desarrollo	0	0

Tabla 3. Etiquetas diagnósticas identificadas con mayor frecuencia en los PC.

		Total etiquetas (n=975)	Total PC (n=162)			Total etiquetas (n=975)	Total PC (n=162)
Etiqueta diagnóstica	n	%	%	Etiqueta diagnóstica	n	%	%
Riesgo de infección	116	11,9	71,6	Deprivación de sueño	11	1,1	6,79
Déficit autocuidado: baño/higiene	62	6,3	38,3	Trastorno del patrón de sueño	11	1,1	6,79
Deterioro movilidad física	48	4,9	29,6	Deterioro de la mucosa oral	10	1	6,17
Riesgo de caídas	42	4,3	25,9	Deterioro del intercambio de gases	10	1	6,17
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	37	3,8	22,8	Patrón respiratorio ineficaz	10	1	6,17
Ansiedad	34	3,5	20,9	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	10	1	6,17

Intolerancia a la actividad	28	2,9	17,3	Déficit de actividades recreativas	9	0,9	5,56
Déficit autocuidado: vestido/acicalamiento	26	2,7	16	Deterioro de la deambulaci3n	8	0,8	4,94
Estreñimiento	26	2,7	16	Deterioro de la degluci3n	8	0,8	4,94
Deterioro de la integridad cutánea	25	2,6	15,4	Deterioro de la movilidad en la cama	8	0,8	4,94
Déficit de autocuidado: uso del WC	24	2,5	14,8	Disposici3n para mejorar los conocimientos	8	0,8	4,94
Insomnio	22	2,2	13,6	Manejo inefectivo del régimen terapéutico	8	0,8	4,94
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	21	2,1	12,9	Trastorno de la imagen corporal	8	0,8	4,94
Riesgo de estreñimiento	21	2,1	12,9	Riesgo de sangrado	7	0,7	4,32
Fatiga	17	1,7	10,49	Riesgo de baja autoestima situacional	7	0,7	4,32
Conocimientos deficientes	16	1,6	9,88	Riesgo de intolerancia a la actividad	7	0,7	4,32
Déficit de autocuidado: alimentaci3n	16	1,6	9,88	Baja autoestima situacional	7	0,7	4,32
Desequilibrio nutricional: por defecto	14	1,4	8,64	Disposici3n para mejorar el autocuidado	6	0,6	3,70
Riesgo de aspiraci3n	14	1,4	8,64	Afrontamiento ineficaz	5	0,5	3,09
Temor	14	1,4	8,64	Deterioro de la dentici3n	5	0,5	3,09
Riesgo de síndrome de desuso	13	1,3	8,02	Incontinencia urinaria total	5	0,5	3,09
Desequilibrio nutricional: por exceso	12	1,2	7,41	<i>Otras etiquetas diagn3sticas con frecuencia inferior a 5</i>	150	15,38	92,59
Deterioro de la comunicaci3n verbal	12	1,2	7,41				

DÉFICIT EN LA LACTANCIA MATERNA.

AUTOR/ES

Antonio González Díaz, Alba Rubiño Morro, Raquel Jiménez Barreda.

Alumnos del Centro de Enfermería Cruz Roja

Adscrito a la Universidad de Sevilla

INTRODUCCIÓN

Esta comunicación describe un caso clínico siguiendo la metodología del proceso enfermero para valorar, diagnosticar y atender a las respuestas humanas durante la lactancia materna. Según Lewis en proceso enfermero se define como "enfoque asertivo y resolutorio para la identificación y el tratamiento de los problemas del paciente"¹. Por lo que, es una excelente herramienta para ofrecer una asistencia integral y holística al ser humano y su comunidad, permitiendo la comunicación entre los distintos profesionales. Para facilitar aún más esa comunicación entre todo el equipo multidisciplinar, usaremos taxonomía enfermera, tales como North American Nursing Asociación (NANDA)², Nursing Outcomes Classification (NOC)³ y Nursing Interventions classification (NIC)⁴.

El caso clínico se centra en un diagnóstico de enfermería de NANDA² incorporado en la última edición 2012-2014, leche materna insuficiente (216). Además de relacionarse con otro diagnóstico revisado en 2010 y vigente en dicha edición, lactancia materna eficaz (104). En ambos diagnósticos enfermería, como disciplina, tiene un papel protagonista ya que es la principal responsable de su promoción y mantenimiento en los primeros meses del recién nacido. La Organización Mundial de Salud en varias publicaciones ha manifestado la gran importancia de la lactancia materna como podemos comprobar en la declaración del 15 de Enero de 2011⁵, donde recomienda la lactancia materna de manera única a todos los recién nacidos menores de 6 meses, y acompañada de otros alimentos hasta los dos años posteriores o más.

Así, acude a consulta de enfermería una mujer de 32 años, hace una semana que dio a luz a su primer hijo, porque el bebé llora durante la lactancia. Refiere que se pone nerviosa a la hora de poner al pecho al lactante.

VALORACIÓN

Se realiza una valoración completa siguiendo las necesidades de Virginia Henderson⁶. Se le solicita que realice una toma en la consulta para valorar la técnica y el método en el que da de mamar al lactante. Los datos recogidos en la valoración son los siguientes:

1. Respirar normalmente.

No presenta ninguna alteración respiratoria. Respira normal sin ruidos, sin tos, ni secreciones. No fuma.

2. Comer y beber:

X Symposium AENTDE. Sevilla 2014.

Presenta déficit, ya que se manifiesta en una baja ingesta de líquido por parte de la madre encontrándose alterada el área de dependencia de la voluntad. Igualmente, se observa un bajo peso del lactante aludiendo el déficit en el área de dependencia de fuerza. El lactante tiene una altura de 50 cm y 2800 g de peso.

3. Eliminar por todas las vías corporales.

Realiza la micción de forma correcta, sin presentar ningún tipo de incontinencia ni alteración. También carecen de alteraciones en las heces, no presenta ni diarrea ni estreñimiento.

4. Moverse y mantener posturas adecuadas.

La madre es completamente autónoma, deambula con normalidad y realiza ejercicio físico normal durante y después del embarazo.

5. Dormir y descansar.

Ninguno de los dos presenta dificultad para dormir. La madre refiere que una vez que se levanta no presenta cansancio, y que suele dormir entre 7 u 8 horas al día.

6. Escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse.

La mujer no presenta ninguna dependencia. La ropa que presentan tanto el lactante como la madre es ropa cómoda y apropiada.

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.

Temperatura normal, sin presencia de síndromes febriles. La madre presenta 36,8 °C y el lactante 37 °C, realizando el control de la temperatura en la zona axilar.

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

Presenta una higiene adecuada y un aspecto físico favorable. Se observa la piel seca de la madre, con un área de dependencia de voluntad.

9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.

No presenta dificultad en la prevención de riesgos de la salud.

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.

Se observa un buen nivel de conciencia, sin dificultad para el idioma. No presenta ningún tipo de alteración auditiva ni visual.

11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.

No presenta ningún tipo de conflicto entre sus creencias y la percepción de la salud.

12. Trabajar y realizarse:

Durante la entrevista enfermera se observa intranquilidad materna frente a la lactancia manifestándose el área de dependencia de conocimiento

13. Participar en actividades recreativas.

En estos momentos la madre ocupa toda su atención a la unidad familiar, sin realizar ningún tipo de ocupación laboral. Realiza la lactancia materna al lactante

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Tras ver una toma observamos déficit de conocimiento sobre el procedimiento de lactancia materna presentándose un área de dependencia de conocimiento.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Se identifican dos diagnósticos enfermeros:

Leche materna insuficiente R/C déficit de ingesta de líquido M/P bajo peso del lactante

Lactancia materna ineficaz R/C desconocimiento de lactancia materna M/P llanto del lactante.

PLANIFICACIÓN

Se plantean los siguientes resultados según taxonomía NOC³. Entre paréntesis se describen los valores de la escala tipo Likert, poniéndose en primer lugar el valor inicial y en segundo lugar el valor deseado. Los indicadores escogidos se sitúa debajo de la etiqueta según de la taxonomía NOC³, seguida de las escala tipo Likert y del tiempo en el que se esperaron conseguir.

Conocimiento: lactancia materna (1800)

180005 Técnica adecuada para amamantar (2-4) 1 semana

Establecimiento de la lactancia materna: lactante (1000)

100010 Aumento peso adecuado para su edad (2-5) 2 semanas.

100011 Lactante satisfecho tras la lactación (2-4) 1 semana.

Establecimiento de la lactancia materna: madre (1001)

100120 Ingesta de líquido por parte de la madre (2-4) 1 semana.

100118 Satisfacción con el proceso de lactancia (2-4) 2 semanas.

Del mismo modo se planifican las siguientes actividades enfermeras siguiendo la taxonomía NIC⁴. A continuación, se citan de las etiquetas de las intervenciones seguidas de las actividades que se realizaron.

Asesoramiento en la lactancia (5244)

Evaluar la comprensión de la madre de las pautas alimentarias del bebe (sujeción, succión y estado de alerta)

Mostrar la forma de amamantar, si procede

Ayuda en la lactancia materna (1054)

Observar al bebe al pecho para determinar si la posición es correcta, si se oye la deglución y el patrón de mamar/ deglutir

Animar a la madre a que beba líquido para saciar la sed

EVALUACIÓN

Con objeto de valorar el plan de cuidados descrito, seguir el proceso enfermero y prestar una buena asistencia de enfermería, se cita una semana más tarde a ambos usuarios para poder comprobar el transcurso de las actividades y revalorar tanto a la mujer como al lactante.

En esa nueva entrevista, se le vuelve a solicitar a la mujer permiso para poder valorar una toma. En esta, ya podemos comprobar que mantiene una posición correcta y el niño deglute bien. La mujer manifiesta que está más relajada al ver que él bebe no llora, aunque detectamos aún un poco de inquietud por miedo a un retroceso. Nos refiere ya ingiere 2 litros de agua al día. Se mantienen las actividades ya propuestas durante una semana más, para afianzar los resultados ya conseguidos y alcanzar los resultados no obtenidos.

Al cabo de dos semanas de la valoración inicial se observa que el bebe presenta un peso adecuado para su edad, según el registro diario de peso aportado por la madre sugerido por enfermería (tabla 1.). Además, la madre se siente completamente satisfecha.

De modo, que se han cumplidos los resultados planteados gracias a las actividades enfermeras propuestas en el plan de cuidados elaborado según el proceso enfermero.

Tabla 1.-

Día 1. Talla: 50cm Peso: 2800g	Día 2. Talla: 50cm Peso: 2840g	Día 3. Talla: 50cm Peso: 2890g	Día 4. Talla: 50.5cm Peso: 2940g	Día 5. Talla: 50.5cm Peso: 2990g	Día6. Talla: 50.5cm Peso: 3000g	Día 7. Talla: 51cm Peso: 3100g
Día 8. Talla: 51cm Peso: 3130g	Día 9. Talla: 51cm Peso: 3180g	Día 10. Talla: 51cm Peso: 3230g	Día 11. Talla: 51,5cm Peso: 3270g	Día 12. Talla: 51.5cm Peso: 3310g	Día 13. Talla: 51.5cm Peso: 3360g	Día 14. Talla: 52cm Peso: 3410g.

BIBLIOGRAFÍA

Lewis SM, Heitkemper MM, Dirksen SR et al. Pensamiento crítico en el proceso enfermero. En: Enfermería Medicoquirúrgica. Valoración y cuidados de problemas clínicos. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2004. p. 2-18

NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.

Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Autoras: Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. 4ª edición. Ed. Elsevier.

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Autoras: Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. 5ª Edición. Ed. Elsevier.

Feig c.[homepage on the Internet] Ginebra: OMS Ginebra Centro de prensa c: 2011 [2011Ene 15] citado el 22 Dic 2013 Disponible en: <http://www.who.int/es/>

Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. 7ª edic. Madrid: Elsevier; 2011.

APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO EN USUARIO CON PIE DIABÉTICO

AUTOR/ES

Irene Galán-Martínez, Eugenia María González-Asuero, Ángel Hueso-Beltrán.

Alumnas/os de segundo de Grado del Centro de Enfermería Cruz Roja, adscrito a la Universidad de Sevilla

PALABRAS CLAVE

Proceso enfermero, Pie diabético, Lesión térmica.

INTRODUCCIÓN

El Proceso Enfermero (PE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir, las necesidades del paciente familia y comunidad¹.

En el caso se refleja una situación habitual sobre las lesiones térmicas relacionadas con una enfermedad crónica muy común, como es la Diabetes Mellitus, de las cuales lo cuidados son derivados al ámbito enfermero. Según la Organización Mundial de la Salud la diabetes es una enfermedad crónica debida a un déficit en la producción de insulina por páncreas, o debida a un deficiente empleo de la insulina por el organismo². La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que puede desencadenar diferentes complicaciones, como una neuropatía diabética y provocar un déficit sensitivo. Esto puede inducir a diferentes lesiones comenzando su manifestación en los miembros inferiores debido a la pérdida de sensibilidad tanto de temperatura, presión o dolor. Esta manifestación se conoce comúnmente como "Pie Diabético"³.

CASO CLÍNICO

A continuación se presenta el PE para un hombre de 55 años que presenta Diabetes Mellitus (DM) tipo II y viene a consulta para un control rutinario de su enfermedad. No presenta incidencias, pero comenta que últimamente pasa mucho frío durante el invierno y que la única manera de calentarse es en ``la ropa de camilla`` con el brasero muy caliente, con la costumbre de acercar los pies a él.

VALORACIÓN

La valoración es la recogida deliberada y sistemática de datos para determinar el estado de salud actual del paciente y para identificar las respuestas reales y potenciales en relación con las circunstancias que le afectan. Es el punto de partida y la base del proceso enfermero. Es una valoración de tipo focalizada, ya que se centra en un problema con aspecto concreto. La valoración es un proceso continuo, ya que está presente en todas las fases del PE⁴

El Modelo de organización de datos en el que nos basamos son los patrones funcionales de M. Gordon⁵, que son:

X Simposium **AENTDE**. Sevilla 20**14**.

Patrón de percepción y mantenimiento de salud.

No Fumador.

Bebedor escaso de alcohol (un vaso de vino los sábados)

Bebe aproximadamente entre un litro y un litro y medio de agua todos los días.

Buen estado de hidratación, buena coloración de piel y mucosas.

En cuanto a su boca tiene buen aspecto, no es portador de prótesis dentarias y dice visitar una vez al año al dentista.

En estos momentos el paciente no es consciente de su enfermedad y del esfuerzo diario que supone afrontarla para no tener mayor repercusión en su salud.

Patrón nutricional metabólico.

Peso: 77 Kg

Talla: 1.80 m

I.M.C.: 23.7 (Su peso está dentro de los rangos normales).

El paciente dice tener una alimentación variada, con conocimiento de su estado y las dietas aconsejadas. Se le informa en todas las consultas del beneficio de mantener su peso.

Tiene la piel bien hidratada aunque de vez en cuando sufre pequeñas lesiones en los miembros inferiores, con alteración de la continuidad de la piel.

Actualmente la integridad de la superficie cutánea es completa.

Patrón de eliminación.

No presenta problemas de eliminación.

Defeca una vez al día sin problemas y casi siempre en el mismo momento.

El paciente posee 1 buen control de esfínteres.

Los patrones de la eliminación urinaria no están alterados.

Patrón actividad-ejercicio.

El paciente es conocedor de los beneficios de la realización de ejercicio como:

Mejora de la capacidad física.

Menor trabajo del corazón para un mismo grado de esfuerzo.

Menor elevación del pulso y T.A.

Mayor tolerancia al esfuerzo.

Disminuyen las cifras colesterol.

Disminuye riesgo de trombosis.

Disminución de la ansiedad y el temor.

Mejorar la capacidad de pulmón.

A pesar de ser conocedor el paciente refiere que va a andar todos los días con un ritmo acelerado durante una hora y media aproximadamente. No presenta edemas ni calambres ni varices.

F. C. = 65 lat/min

F.R. = 16 resp/min.

P.A.S. = 120 mmHg

P.A.D. = 80 mmHg

Índice de Katz de las actividades de la vida diaria = es independiente en todas ellas

Patrón sueño-descanso.

Dedica parte de la tarde a descansar después de comer.

El paciente refiere no tener problemas de conciliación del sueño nocturno.

Patrón cognoscitivo-perceptivo.

No presenta ninguna alteración sensoperceptiva (visuales, auditivas, cenestésicas, gustativas, táctiles, olfatorias).

No presenta alteración del bienestar.

El paciente hace referencia en la entrevista que le cuesta trabajo hacerse a la idea que tiene una enfermedad crónica.

Patrón autopercepción.

Describe que tiene una buena percepción de su estado de ánimo.

Incluyendo:

Buena actitud personal hacia sí mismo y hacia su valía diaria.

Considera que tiene buena imagen corporal y buen comportamiento emocional.

Patrón de comunicación no verbal: postura y movimiento corporal, contacto ocular, correctos.

Patrón de comunicación verbal: voz y patrón del habla, correcto.

Patrón rol-relación.

El paciente vive con su mujer de 53 años, llevan casados 30 años.

Tiene dos hijos mayores de edad, el mayor está independizado y el pequeño está estudiando y vive en casa con ellos. Mantiene muy buena relación con ambos hijos.

En el trabajo, mantiene buena relación de amistad con sus compañeros y no ha discutido nunca con ninguno de ellos.

Patrón sexualidad-reproducción.

El paciente refiere tener una vida sexual satisfactoria.

Patrón afrontamiento - tolerancia al estrés.

Comenta que considera que tiene capacidades para manejar situaciones estresantes, que por su trabajo está acostumbrado a solucionarlas y que nunca se lleva las preocupaciones a casa.

Patrón valores y creencias.

Se considera católico no practicante, yendo en limitadas ocasiones a misa.

Atendiendo a dichos patrones funcionales establecemos que el usuario tiene un déficit en el patrón percepción/manejo de la salud, por falta de conocimientos del abordaje de su enfermedad y en el patrón cognitivo/perceptual, por no ser capaz de sensibilizarse con ella.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

El diagnóstico enfermero es una toma de decisiones que recae sobre la responsabilidad de enfermería, la cual capta los problemas reales o potenciales, teniendo en cuenta las respuestas humanas que pueden afectar tanto al individuo, familia o grupo⁶. El más destacado para el caso es:

(220) Riesgo de lesión térmica relacionado con exposición prolongada del pie diabético a temperaturas extremas por falta de conocimiento sobre las complicaciones y cuidados de la DM⁶.

PLANIFICACIÓN

Se considera que el NOC es una clasificación la cual contiene resultados de los individuos, cuidadores, familia y sociedad que pueden utilizarse en casi todas las situaciones y especialidades clínicas⁷. El más apropiado es:

Conocimiento: control de diabetes (1820), con los indicadores:

Beneficios de controlar la diabetes (182024) para enriquecer el conocimiento del paciente sobre su enfermedad y así tratarla de manera correcta y autónoma, evitando el deterioro de la salud.

Práctica de cuidados de los pies (182023) con el fin de prevenir los posibles daños⁷.

De acuerdo a la escala likert, con la cual podemos medir el nivel de lesión, consideramos que sería de 2 - 5, donde 2 es escaso y 5 extenso.

La NIC incluye, siendo una clasificación, todas las de intervenciones de enfermería desde la práctica general hasta las áreas de especialidades, incluyendo tratamiento y prevención; fomento de la salud; intervenciones para individuos, familias y cuidadores⁸. Para obtener dicho resultado, se selecciona el NIC:

Enseñanza. Cuidado de los pies (5603), para así poder abordar el déficit de conocimiento y prevenir posibles percances mediante el ámbito enfermero de la enseñanza:

Dando información respecto a la relación entre neuropatía, lesión y enfermedad vascular y el riesgo de ulceración y de amputación de las extremidades inferiores en personas con diabetes

Dar información escritas de las pautas del cuidado de los pies y ayudar a desarrollar un plan para la valoración y el cuidado diario de los pies en casa⁸.

EJECUCIÓN

Las intervenciones programadas se llevan a cabo en un ambiente de seguridad para el usuario siguiendo los estándares de calidad establecidos y manteniendo en todo momento una relación de ayuda y respeto.

EVALUACIÓN

La evaluación consiste en comparar los resultados obtenidos de las intervenciones con los resultados esperados en su plan, formulando un juicio e identificando los elementos del plan que deben ser revisados⁹, para ello se establece una cita cada dos semanas para valorar los conocimientos referentes al beneficio de control de la DM y observar posibles manifestaciones de lesiones. La evaluación como la valoración debe ser un proceso continuo ya que son una parte integral de todas las etapas del PE, debido a que hay que tener una constante vigilancia del paciente para asegurar una evolución de mejoría con respecto a los diferentes conocimientos adquiridos mediante el PE.

BIBLIOGRAFÍA

Benavent A, Francisco C, Ferrer E. El proceso de cuidar y su instrumento metodológico. En: García R, coordinadora. Fundamentos de Enfermería. 2ª ed. Valencia: DAE; 2009.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Temas de Salud. Diabetes; 2014

Enfermería Médico-Quirúrgica. Autores: Lewis, Heitkemper, Dirksen. Vol I. Ed.Elsevier Mosby.

Berman A, Snyder S, Kozier B, Erb G. Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y prácticas. Vol 1. 8ª ed. Madrid: Pearson; 2008. p. 175 – 194

Manual de diagnósticos enfermeros. Autora: Gordon M. 10ª edición. Ed. ElsevierMosby

NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.

Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Autoras: Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. 4ª edición. Ed. Elsevier.

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Autoras: Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. 5ª Edición. Ed. Elsevier.

Fundamentos de Enfermería. Colección Enfermería 21. Ed DAE, 2ª edición 2009. Autores: Benavent Garcés A, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Capítulo 12: Juicio y acción terapéutica: planificación, ejecución y evaluación. p. 304 - 309

CASO CLÍNICO. CLIMATERIO, UNA NUEVA ETAPA PARA LA MUJER

AUTOR/ES

Rocío Romero-Castillo, Elisa M^a Lobato-Blanco, Cristina Fernández-Mora.

PALABRAS CLAVE

Resiliencia, climaterio, actitud y autoestima.

INTRODUCCIÓN

En este caso clínico se ha seguido el Proceso Enfermero, basado en el método científico. Éste consiste en una forma ordenada, sistemática, integral e intelectual de determinar los problemas de salud reales o potenciales de un individuo, formulando diagnósticos enfermeros o de colaboración y realizando planes de cuidados para resolverlos, evaluando la eficacia de dichos planes para conseguir los objetivos marcados¹.

Está enfocado hacia una etapa importante y a veces desconocida para la mujer en la que se hace evidente una falta de información² como es el climaterio³ (periodo fisiológico determinado por la desaparición de la función reproductiva y cambios en la secreción de hormonas sexuales). Está demostrado que el climaterio no sólo produce cambios físicos sino que también puede producir alteraciones psicológicas⁴. Tiene cabida emplear el término resiliencia⁵ (capacidad humana de afrontar un periodo complejo y sobreponerse a las adversidades).

Se ha identificado un diagnóstico de disposición para mejorar la salud, debido a que la paciente percibe las modificaciones de su cuerpo derivadas del climaterio y acude a su Centro de Salud para mejorar su respuesta ante este período vital y no llegar a padecer un problema de salud. Cada vez cobra más importancia la Prevención y Promoción de la Salud, un área donde Enfermería tiene el mayor protagonismo.

VALORACIÓN

Caso clínico:

Rosario tiene 54 años, está casada y tiene tres hijos. Lleva veinte años trabajando como abogada. Se siente bien pero nota cómo su cuerpo está cambiando debido al "climaterio", observa su pelo más débil y aumento de grasa abdominal. En ocasiones se levanta por la noche con mucho calor. Acepta la evolución de su cuerpo aunque le gustaría afrontar de manera más positiva esta nueva etapa antes de padecer un problema de salud.

Es valorada según el modelo de las catorce necesidades de Virginia Henderson⁶.

Rosario no presenta alteración del sistema respiratorio ni del sistema circulatorio.

Sigue una dieta equilibrada, rica en carbohidratos complejos y baja en grasas saturadas. Sin embargo, percibe un aumento de grasa abdominal.

Es continente en cuanto a sus esfínteres anales y urinarios.

Respecto a la necesidad de movilización, no se observa perturbación.

Antes del climaterio no tenía problemas para dormir, últimamente expone que se despierta durante la noche sofocada.

Ella es autónoma para vestirse, asearse y conserva su piel hidratada. Mantiene la temperatura corporal dentro de un rango de normalidad (36º- 37º).

Muestra capacidad de autoprotección conservada.

Acude a misa todos los domingos, acompañada de sus amigas.

Acerca de la necesidad de comunicación, no presenta modificación. Tiene cubierta su necesidad de ocio.

Tiene una situación laboral estable y su estado anímico es tranquilo. Posee como redes de apoyo a sus familiares y compañeros de trabajo. Vive con su marido y sus tres hijos mayores de edad.

Necesita información específica acerca de los signos, síntomas y cuidados referentes al climaterio.

Una vez realizada la valoración integral del paciente se procede a realizar un Plan de cuidados.

Éste consiste en el establecimiento de un plan de acción que comprende el desarrollo de estrategias diseñadas a partir del diagnóstico para reforzar las respuestas saludables del sujeto o eliminar, reducir o corregir las respuestas inadecuadas, ofreciendo los cuidados de Enfermería de manera organizada, individualizada y orientada a los objetivos⁷.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Se ha identificado el siguiente diagnóstico: Disposición para mejorar la resiliencia. Un diagnóstico¹ es un juicio clínico sobre las respuestas humanas de un individuo, familia o grupo frente a problemas reales, potenciales o de riesgo que corresponden a la responsabilidad y capacitación enfermera.

RESULTADOS

Como resultado esperado se marca la capacidad personal de recuperación cuyos indicadores propuestos son: verbalizar una actitud positiva, mostrar una autoestima positiva, adaptarse a las adversidades como desafíos y utilizar estrategias para potenciar la salud.

INTERVENCIONES

Para alcanzar dichos objetivos se potenciará la autoestima animando al paciente a identificar sus virtudes, facilitándole un ambiente y actividades que aumenten la autoestima y mostrando confianza en su capacidad para controlar una situación. Por último, se recompensará o alabará el progreso del paciente en la consecución de los objetivos.

EVALUACIÓN

Es la etapa del Proceso Enfermero en la que se comparan los resultados obtenidos de las intervenciones enfermeras con los resultados esperados en el Plan de Cuidados. Se formula un juicio clínico para identificar los elementos del plan que deben ser revisados o modificados¹.

En la evaluación se usa una escala psicométrica que permite controlar el progreso, la escala de Likert¹. En ella el nivel más alto refleja la situación más deseada del paciente y el más bajo la menos deseada (1. Inadecuado; 2. Ligeramente adecuado; 3. Moderadamente adecuado; 4. Sustancialmente adecuado; 5. Completamente adecuado).

Los indicadores están en un nivel tres en la escala de Likert (moderadamente adecuado) y se ha propuesto llegar a un nivel cinco (completamente adecuado). Mediante una entrevista con la paciente se comprobará la superación de los resultados marcados, delimitándose un tiempo de tres semanas.

A continuación se expone una tabla con la organización del Plan de Cuidados.

(00212) Disposición para mejorar la Resiliencia⁸.

NOC: (1309) Capacidad personal de recuperación ⁹	Nivel inicial → nivel esperado	NIC: (5400) Potenciación de la autoestima ¹⁰	Herramientas	Tiempo
Indicadores		Actividades		
(130901) Verbaliza una actitud positiva.	(3 → 5)	Animar al paciente a identificar sus virtudes.	Hacer que escriba una lista con sus virtudes en el primer contacto y otra a las tres semanas para ver si la intervención ha surtido efecto.	3 semanas
(130907) Muestra una autoestima positiva.	(3 → 5)	Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.	Enumerar todas las actividades que puede hacer para aumentar su autoestima (ejemplo: practicar ejercicio que además de beneficiar su salud le hará sentir mejor consigo misma).	3 semanas
(130914) Se adapta a adversidades como desafíos.	(3 → 5)	Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.	Explicarle a la paciente los cambios fisiológicos que tienen lugar en el climaterio para que ella pueda hacerles frente como parte de un reto personal donde contará con la ayuda de Enfermería.	3 semanas
(130917) Utiliza estrategias para potenciar la salud.	(3 → 5)	Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de los objetivos.	Felicitar a la paciente cuando utilice estrategias para potenciar su salud. Dando un reforzamiento positivo para que continúe.	3 semanas

BIBLIOGRAFÍA

1. Perry A, Potter P. A, Fundamentos de Enfermería. 5ª Edición. Elsevier. Madrid, España, 2001.
2. Arnedillo Sánchez MS, Pozo Pérez F, Zarazaga Pérez MC. *Grado de información y actitudes de las mujeres premenopáusicas sobre el climaterio*. Matronas Prof. 2001; 2(5): 35-39.
3. Ramos León F, Nereida Rodríguez Gómez J, Ruiz Plaza M, Macías Seda J, Castilla Álvarez M^a C, Silva García L. *Matronas*. Primera edición. Editorial MAD. Navarra; 2005.

4. García Sánchez C, Martínez García C; Alfaro Aroca M, Martínez García F, Huedo Medrano F, López-Torres Hidalgo J. *Educación para la salud: repercusión de un programa de autoayuda en el estado psíquico de mujeres perimenopáusicas*. Atención Primaria. 1998 Sep. 22(4): 215-219.
5. RAE. Real Academia de la Lengua Española.
6. Raile Alligood M, Marriner Tomey A. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 7ª Edición. Elsevier. España, 2011.
7. Alfaro LeFevre R, *Pensamiento Crítico y Juicio Clínico en Enfermería*. 4ª Edición. Masson. Barcelona, España, 2009.
8. NANDA Internacional. *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación*. 2012-2014. Barcelona. Elsevier: 2013.
9. Moorhead S, Johnson M, Meridean L. Maas, Swanson E. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 4ª Edición. Elsevier Mosby. 2009.
10. Bulechek Gloria M, HOWARD k. Butcher, McCloskey Dochterman J. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 5ª Edición. Elsevier Mosby. 2009.

EL AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO EN LA LESIÓN MEDULAR.

AUTOR/ES

Ana Eva Granados-Matute; M^a José Estepa-Osuna, M^a Carmen Peinado-Barraso.

Enfermera Supervisora. Hospital de rehabilitación y Traumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. anae.granados.sspa@juntadeandalucia.es

PALABRAS CLAVE

Afrontamiento familiar comprometido. Lesión medular.

INTRODUCCIÓN

La familia es la mayor fuente de apoyo social y personal de la que dispone un individuo. Esto se hace más patente en el caso de una gran dependencia en las actividades de la vida diaria (AVD), como ocurre en los pacientes que sufren una patología altamente incapacitante. La lesión medular, ya sea causada por diferentes enfermedades o de forma traumática ocasiona una situación de extrema dependencia sobre todo en la fase aguda de la enfermedad.

En una fase más tardía de la enfermedad, el grado de discapacidad varía enormemente según la lesión (paraplejía o tetraplejía). Más del 50% de las personas con lesión medular tienen lesiones motrices incompletas y requieren de otra persona para realizar las AVD un 49% en situaciones de paraplejía y un 84% en caso de tetraplejía.¹

Además, hay que señalar que la interrupción de la información procedente de la médula espinal da lugar a una disfunción en la eliminación provocados por una vejiga e intestinos neurógenos que producen una doble incontinencia con el consiguiente agravamiento en la vigilancia y cuidados del individuo.

Esta situación de gran dependencia supone un cambio de roles y hábitos en la dinámica familiar, uno de los miembros de la familia generalmente ha de asumir el papel de cuidador principal, que conlleva la adquisición de habilidades y aptitudes necesarias para el cuidado de la persona dependiente. Además esto se agrava con la gran carga emocional que acompaña a este tipo de enfermedades y las repercusiones sociales, laborales y por supuesto económicas.

En ocasiones la persona de referencia no es capaz de brindar un apoyo adecuado y surge el diagnóstico de enfermería: "*Afrontamiento familiar comprometido*".²

Corresponde al equipo de enfermería el activar un seguimiento específico ante la presencia de estas circunstancias de modo que se detecten factores de riesgo o la presencia de manifestaciones que supongan la aparición de este problema con objeto de iniciar intervenciones de forma precoz.

OBJETIVOS

Identificar las características definitorias más frecuentes que nos llevan a la activación de éste diagnóstico, así como la elección de objetivos e intervenciones, en familiares de pacientes lesionados medulares de nuestra Unidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un análisis de los Planes de Cuidados que se han desarrollado en la Unidad de lesionados medulares de HV Rocío de Sevilla durante el año 2013. Los datos se extraen de la aplicación informática de cuidados, módulo de cuidados de Diraya Atención Especializada. Se identifican las Características definitorias, los objetivos que nos planteamos conseguir al planificar los cuidados y las intervenciones enfermeras que con mayor frecuencia hemos seleccionado.

RESULTADOS

De las observaciones de enfermería se recoge que el cuidador presenta resultados poco satisfactorios cuando intenta poner en práctica comportamientos de ayuda y muestra conductas desproporcionadas en relación con las capacidades o necesidad de autonomía del paciente y expresa sentimientos de ansiedad, culpa o duelo, así como sensación de incapacidad a la hora de brindar unos cuidados efectivos.

Tras el análisis de 62 Planes de Cuidados hemos identificado:

Características definitorias²:

Prolongación de la enfermedad o progresión de la incapacidad que agota la capacidad de apoyo de las personas de referencia (93%)

Criterios de Resultado³:

2600 Afrontamiento problemas de la familia (95%)

2609 Apoyo familiar durante el tratamiento (82%)

Intervenciones de Enfermería⁴:

7140 Apoyo a la familia (93%)

7110 Fomentar implicación familiar (87%)

7120 Movilización familiar (85%)

7100 Estimulación de la integridad familiar (83%)

6160 Intervención en caso de crisis (78%)

7370 Planificación del alta (99%)

CONCLUSIONES

La familia, a veces no logra adaptarse bien al cambio que supone que uno de sus miembros sufra una lesión medular, y en ocasiones los cuidados son inefectivos. Los sentimientos de culpa e impotencia no hacen más que agravar esta situación.

El equipo de enfermería ha de estar alerta a fin de poder detectar de forma precoz los signos de alarma de situaciones de riesgo para la salud del cuidador familiar, de esta forma será más fácil prestar ayuda para superar esta desadaptación y que los cuidados sean más adecuados.

Una formación adecuada a los profesionales que tratan con estos pacientes es fundamental para adquirir habilidades y poder identificar situaciones familiares compatibles con este diagnóstico. Intervenciones efectivas por parte del equipo terapéutico ayudarán a afrontar este tipo de situaciones.

Al realizar una atención integral al paciente debemos extender nuestros cuidados a su entorno y ejercer de mediadores para la normalización de la familia en casos de crisis.

La planificación al alta en casos complejos deberá comenzarse desde el ingreso para asegurarnos una transición saludable del paciente a su medio.

BIBLIOGRAFÍA

Rincón Herrera, E. Análisis descriptivo sobre la valoración de la situación de dependencia en personas con lesión medular. TOG (A Coruña) [Revista en internet] 2013. 10(17) [34 p] Consultado el 10 de febrero de 2014. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num17/pdfs/original3.pdf>

NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier España; 2010.

Moorhead, S. Jonson, M. Maas, M, editors. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª Ed. Madrid: Elsevier España; 2009.

McCloskey Dochterman, J. Bulechek, G, editors. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª Ed. Madrid: Elsevier España; 2009.

IMPLANTACIÓN DE LA TAXONOMÍA NANDA-NIC-NOC EN CONTINGENCIAS COMUNES

AUTOR/ES

Ángela Esteban-Valverde, Mónica Ferrer-Mañà, Bonosa León-Sánchez, Marta Martínez-Molina

Pertenecemos a ASEPEYO, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS).

Como entidad colaboradora de la Seguridad Social puede asumir tanto la gestión de los Accidentes Laborales (AT) y Enfermedades Profesionales (EP) como de las Enfermedades Comunes y Accidentes no Laborales.

Desde hace 5 años existe una unidad específica, a la cual pertenecemos, gestionada por enfermería, llamada Unidad Central de Contingencias Comunes (U 3C) que controla y realiza el seguimiento telefónico sanitario de los pacientes mutualistas en situación de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes (ITCC), persiguiendo la pronta reincorporación del trabajador o finalización del proceso con la mayor satisfacción.

Nuestro trabajo diario consiste en contactar telefónicamente con el trabajador en situación de ITCC cumpliendo con los protocolos establecidos en cada momento, con el fin de realizar las valoraciones de enfermería necesarias asegurando la confidencialidad, escuchando, explicando y apoyando al trabajador durante su proceso patológico.

Tras los buenos resultados obtenidos la mutua ha decidido apostar por nuestro modelo para todo el ámbito nacional unificando y protocolizando la gestión de las Contingencias Comunes (CC).

Este cambio, nos ha motivado a implantar el modelo taxonómico NANDA-NIC-NOC en nuestra Valoración de Enfermería (VE) que no está estandarizada ni adecuada a los actuales modelos y lenguaje enfermeros, con el objetivo de agilizar, optimizar y consolidar los planes de actuación de enfermería.

Valoración de enfermería registrada en una historia clínica informatizada común para todo el colectivo sanitario de la mutua.

VE Primera

Verificación filiación: ☐ Sí ☐ No ☐ Sin informar

Tipo de Valoración:

Contacto con:

Paciente Ingresado: ☐ Sí ☐ No ☐ Sin informar

Antecedentes relacionados con la patología actual:

Análisis de la Situación Sanitaria NIC 6520

Tratamiento actual:

Petición de Informes: ☐ Sí ☐ No Fecha solicitada:

Informes solicitados:

Puesto de trabajo / Tareas que realiza:

Antigüedad:

Valoración de Enfermería (VE):

Estrategia de Enfermería:

Fecha probable de alta / Fecha probable de parto:

¿Existe Causa No sanitaria para permanecer en situación de baja? ☐ Sí ☐ No

Para llevar a cabo nuestro objetivo diseñamos varias fases:

Primera Fase:

Realizamos una reunión con los compañeros de nuestra unidad U3C para explicar nuestra intención de adaptar la actual valoración de enfermería al modelo NANDA-NIC-NOC.

Por acuerdo unánime se aceptó la propuesta al cambio.

Segunda Fase:

Presentamos el proyecto a nuestro Manager que tras su aprobación lo comunicó a la Dirección que aceptó y se comprometió al desarrollo del proyecto conjuntamente con el Servicio Técnico Informático.

Tercera Fase:

Elaboración de la nueva VE con taxonomía NANDA-NIC-NOC.

X Symposium AENTDE. Sevilla 2014.

Formación del personal sanitario ofreciendo sesiones formativas teórico-prácticas del nuevo modelo para las Enfermeras de gestión ITCC designadas para su implantación.

Por último se procederá a la puesta en marcha del nuevo Modelo de VE conjuntamente con el modelo actual a fin de explotar el grado de utilización de la aplicación y evaluar el impacto en el desarrollo de los profesionales.

Con la nueva VE pretendemos mejorar la calidad de enfermería en la gestión de las CC de la Mutua, incorporar el lenguaje enfermero estandarizado en la práctica diaria e incidir en la evolución y el desarrollo de nuestra profesión dentro de la Mutua.

BIBLIOGRAFÍA

1. Administración y liderazgo en Enfermería. Ann Marriner-Tomey. Ed. Haircourt Brace. Madrid 1997.
2. España. Real Decreto 1993/1995 de 7 diciembre, artículo 69.
3. Guardiola E. El póster científico. En: Serés E, Rosich L, Bosch F, coordinadores. Presentaciones orales en biomedicina. Aspectos a tener en cuenta para mejorar la comunicación. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve nº20. Barcelona: Fundación Dr. Antoni Esteve; 2010. p. 85-102
4. ISTAS. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud.
5. La Calidad Aplicada al campo de la Enfermería. E. Ignacio García. Cruzado García. Ed. Colegio Oficial de Enfermería de Cádiz. 1997.
6. Universidad Pompeu Fabra.
7. <www.asepeyo.es>
8. <http://www.uhu.es/vic.investigacion/ucc/documents/actividades/EGuardiola_poster_cientifico.pdf>

¿SIN PRÓSTATA... Y SIN SEXUALIDAD?

AUTOR/ES

Silvia Juliana Amado- Romero. Estudiante de enfermería Universidad Industrial de Santander.

Bucaramanga. Colombia

Luz Eugenia Ibáñez- Alfonso. Profesora Titular. Universidad Industrial de Santander Bucaramanga. Colombia.

Correo electrónico: luzibanez37@gmail.com libanez@uis.edu.co

INTRODUCCIÓN

El acompañamiento de enfermería durante el periodo perioperatorio, es de fundamental importancia para identificar y resolver respuestas humanas que van más allá de las alteraciones fisiopatológicas, pues corresponden al campo cognitivo y a la dimensión psicosocial. Con este caso, enfermería puede entender su importante rol como cuidadora, por cuanto ayuda a identificar y dar solución temprana a condiciones físicas y psíquicas, que pueden llegar a alterar la recuperación postquirúrgica por temores o creencias erradas respecto a los efectos de una resección transuretral en el campo específico de la sexualidad. La presencia de enfermería en el postoperatorio elimina aquellas incertidumbres que no lograron ser resueltas durante el pre y el transoperatorio; y de esta manera lograr una estabilidad de tipo holística entendiendo que la recuperación postquirúrgica enmarca no solo la dimensión física, sino también emocional y personal.

VALORACIÓN

Usuario J.I.B.O de 73 años, remitido del hospital de Barrancabermeja Santander, Colombia. Quien refiere venia presentado desde el mes de octubre del 2013: Incapacidad para orinar, Vaciado incompleto de la vejiga, Necesidad de orinar dos o más veces por noche, Micción dolorosa, dificultad para comenzar a orinar, Hacer fuerza al orinar, Chorro de orina débil; sintomatología característica de hipertrofia prostática; también refirió haber tomado medicamentos durante ese tiempo, para el tratamiento de infecciones urinarias y para disminuir el tamaño de su próstata. A lo cual refiere, no vio mucho resultado; no quería someterse al tratamiento quirúrgico pues tenía muchos miedos y dudas al respecto. El usuario afirma: "me toco operarme porque ya no me aguantaba más la maluquera de mi próstata, y el doctor me dijo que era lo mejor". El día 11 de febrero ingresa al Hospital Universitario de Santander, Colombia, con diagnóstico médico de hiperplasia prostática benigna. Donde se decide realizar resección transuretral de próstata. El plan de manejo a seguir en el hospital fue el siguiente: Dipirona de 2.5 gr cada 8 horas, Cefalexina 1gr cada 6 horas, Ibuprofeno cada 6 horas, Losartan 50 mg 2 veces al día, Bromuro de hiosina cada 8 horas, Irrigación urinaria con glicina, Lactato de ringer a 100 cc hora, Sonda uretral con irrigación constante de glicina.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

ELIMINACIÓN/INTERCAMBIO

Usuario que se encuentra en su segundo día de postoperatorio de RTU, quien tiene una sonda uretral e irrigación con glicina, y afirma no sentir los deseos de orinar y tampoco las micciones que realiza. Es por ello que se toma como diagnóstico de enfermería:

DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA R/C OBSTRUCCIÓN ANATÓMICA S/A RESECCIÓN TRANSURETRAL PROSTÁTICA: Según su definición en la NANDA es la: "disfunción en la eliminación urinaria, caracterizada por una incontinencia o frecuencia urinaria que se puede dar como resultado de una obstrucción anatómica", provocada por la RTU.

PERCEPCIÓN/ COGNICIÓN

Al momento de la valoración, el usuario tenía muchas dudas y creencias erradas sobre su enfermedad y cirugía, en lo que se percibió que no había un conocimiento exacto acerca del procedimiento que se le practica, ni de sus cuidados en el postoperatorio. Es por ello que se toma como diagnóstico de enfermería:

CONOCIMIENTOS DEFICIENTES R/C MALA INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN S/A CIRUGÍA. Definido según la NANDA como: "carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico".

SEXUALIDAD

El usuario tenía mucha incertidumbre acerca de su vida sexual, porque no sabía si iba a volver a ser la misma o por el contrario iba a tener problemas de impotencia sexual. El diagnóstico de enfermería a tratar, es:

DX: RIESGO DE DISFUNCIÓN SEXUAL F/R ALTERACIÓN DE LA ESTRUCTURA Y FUNCIÓN CORPORAL, RESECCIÓN RADICAL O INTERVENCIONES DEL TRATAMIENTO S/A RESECCIÓN TRANSURETRAL PROSTÁTICA. Definido por la NANDA como "estado en que la persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación Y/U orgasmo que se contemple como insatisfactorio, no gratificante o inadecuado".

PLANEACIÓN

Los resultados (NOC) iniciales a evaluar fueron:

ELIMINACIÓN URINARIA, definida como la capacidad del sistema urinario para filtrar los productos de desecho, conservar solutos y recoger y eliminar la orina de una forma estable.

PUNTUACION INDICADORES	NUNCA DEMOSTRADO 1	RARAMENTE DEMOSTRADO 2	A VECES DEMOSTRADO 3	FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO 4	SIEMPRE DEMOSTRADO 5

Frecuencia de eliminación dentro del rango esperado				x	
Control de eliminación urinaria.			x		
Cantidad de orina en rango esperado				x	
Color, olor y/o características normales.			x		

El señor J.I.B.O, en el análisis de los indicadores del NOC INICIAL se encuentra en una puntuaje de 3.5, realizando la operación así: sumando los puntajes de cada indicador y dividiéndolo por el número total de indicadores. $(3+3+4+4)/4$. Considerado este puntaje como a veces demostrado.

CONOCIMIENTO: CUIDADOS DE LA ENFERMEDAD, definido como el grado de la comprensión transmitida sobre la información relacionada con la enfermedad, necesaria para alcanzar y conseguir mantener una salud óptima.

PUNTUACION INDICADORES	NUNCA DEMOSTRADO 1	RARAMENTE DEMOSTRADO 2	A VECES DEMOSTRADO 3	FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO 4	SIEMPRE DEMOSTRADO 5
Proceso específico de la enfermedad		x			
Prevención y control de la infección		x			
Uso correcto de la medicación prescrita			x		
Procedimiento terapéutico			x		

El señor J.I.B.O, en el análisis de los indicadores del NOC INICIAL se encuentra en una puntuaje de 2.5, realizando la operación así: sumando los puntajes de cada indicador y dividiéndolo por el número total de indicadores. $(2+2+3+3)/4$. Considerado este puntaje como raramente demostrado.

FUNCIONAMIENTO SEXUAL, definido como la integración de los aspectos físicos, socioemocionales e intelectuales de la manifestación y función sexual.

PUNTUACION INDICADORES	NUNCA DEMOSTRADO 1	RARAMENTE DEMOSTRADO 2	A VECES DEMOSTRADO 3	FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO 4	SIEMPRE DEMOSTRADO 5
Expresará oralmente su comprensión la relación entre su enfermedad y los problemas sexuales				x	
Identificará las prácticas satisfactorias o aceptables y analizará los métodos alternativos		x			
Reanudará las relaciones sexuales cuando sea adecuado			x		

El señor J.I.B.O, en el análisis de los indicadores del NOC INICIAL se encuentra en una puntaje de 3, realizando la operación así: sumando los puntajes de cada indicador y dividiéndolo por el número total de indicadores. $(2+3+4)/3$. Considerado este puntaje como a veces demostrado.

EJECUCIÓN

Para lograr los resultados esperados al final del turno de la mañana se realizan las siguientes intervenciones:

MANEJO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA

Actividades:

Observar si hay signos y síntomas de infección urinaria.

Identificar factores que contribuyen a episodios de incontinencia.

Explicar al paciente signos y síntomas de infección urinaria.

Enseñar al paciente a responder inmediatamente a la urgencia de orinar.

Registro de líquidos administrados y eliminados.

ENSEÑANZA INDIVIDUAL

Definición: planificación puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente.

Actividades:

-determinar las necesidades de enseñanza del paciente

-valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenido del paciente.

-Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas al paciente.

-identificar los objetivos de enseñanza necesario para conseguir las metas.

-reforzar la conducta si se considera óptima. Corregir la mala interpretación de la información.

-Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.

EVALUACIÓN

Al finalizar el turno se pudo observar mediante la aplicación de las intervenciones, un equilibrio considerable entre los líquidos que se le administraron y los eliminados durante la mañana, la orina estuvo color ámbar, sin presencia de sangre. En cuanto a su déficit de conocimientos, se le explico acerca del tema y posterior a ello se le hicieron preguntas sobre el tema, a las cuales respondió con más claridad a la situación actual de su estado de salud. Quedo claro por parte del usuario, que durante un tiempo su vida sexual no iba a ser la misma de antes, puesto que se había sometido a un proceso quirúrgico y sus eyaculaciones iban a tardar un poco más de lo normal, además que su cantidad de semen iba a ser escaso, a comparación de antes; a lo cual se manifestó más tranquilo.

NOC FINAL

ELIMINACION URINARIA

PUNTUACION INDICADORES	NUNCA DEMOSTRADO 1	RARAMENTE DEMOSTRADO 2	A VECES DEMOSTRADO 3	FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO 4	SIEMPRE DEMOSTRADO 5
Frecuencia de eliminación dentro del rango esperado				x	
Control de eliminación urinaria.				x	
Cantidad de orina en rango esperado				x	
Color, olor y/o características normales.				x	

El señor J.I.B.O, en el análisis de los indicadores del NOC FINAL se encuentra en una puntaje de 4, Considerado este puntaje como a frecuentemente demostrado.

CONOCIMIENTO: CUIDADOS DE LA ENFERMEDAD

PUNTUACION INDICADORES	NUNCA DEMOSTRADO 1	RARAMENTE DEMOSTRADO 2	A VECES DEMOSTRADO 3	FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO 4	SIEMPRE DEMOSTRADO 5
Proceso específico de la enfermedad			x		
Prevención y control de la infección				x	
Uso correcto de la medicación prescrita				x	
Procedimiento terapéutico				x	

El señor J.I.B.O, en el análisis de los indicadores del NOC FINAL se encuentra en una puntaje de 3.5, Considerado este puntaje como a veces demostrado.

FUNCIONAMIENTO SEXUAL

PUNTUACIÓN INDICADORES	NUNCA DEMOSTRADO 1	RARAMENTE DEMOSTRADO 2	A VECES DEMOSTRADO 3	FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO 4	SIEMPRE DEMOSTRADO 5
Expresará oralmente su comprensión la relación entre su enfermedad y los problemas sexuales				x	
Identificara las practicas satisfactorias o aceptables y analizara los métodos alternativos			x		
Reanudara las relaciones sexuales cuando sea adecuado				x	

El señor J.I.B.O, en el análisis de los indicadores del NOC FINAL se encuentra en una puntaje de 3.6, Considerado este puntaje como a veces demostrado.

BIBLIOGRAFIA

HERDMAN, T. Diagnósticos Enfermeros NANDA. Elsevier, España 2009.

LOPEZ, José Antonio. Conocimientos previos. la importancia de los conocimientos previos para el aprendizaje de nuevos contenidos. Recacha. issn 19-88 60-47 n 16 marzo del 2009.

BULECHEK, Gloria, et al. Clasificación de intervenciones de enfermería NIC. Elsevier, España Barcelona, 2009

MOORHEAD, S, et al. Clasificación de resultados de enfermería NOC. Elsevier, España Barcelona, 2009.

Dr. Pablo Gómez Cusnir, Dr. Fernando Valero Cely, et al. GUIA DE PRACTICA CLINICA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA Diagnóstico y Tratamiento. SOCIEDAD COLOMBIANA DE UROLOGÍA GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC). Disponible en: <http://www.urologiacolombiana.com/guias/004.pdf>. consultado: 15 de febrero del 2014.

DIRAYA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA (DAE), HERRAMIENTA FACILITADORA DEL MANEJO ADECUADO DE LA NOC.

AUTOR/ES

M^a Celia Mateos-Martínez, Patricia Peinado-Gorlat, M^a Ángeles Sola-Peral, Celso Martínez-Romero, Antonio Jesús Pérez-Fernández, Berta Gorlat-Sánchez.

PALABRAS CLAVE

Registros de enfermería, Metodología, Cuidados de enfermería.

INTRODUCCIÓN

Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) están revolucionando la sociedad actual en donde las formas de comunicarse y de compartir la información están experimentando cambios a un ritmo vertiginoso. En el ámbito sanitario en Andalucía se está produciendo un cambio sin precedentes que comenzó a finales de 2001 con la implantación de Diraya, como sistema corporativo de información asistencial para el Servicio Andaluz de Salud (SAS), con la finalidad de conseguir una Historia Digital de Salud Única donde figuren todos los episodios asistenciales del ciudadano, registrados por los profesionales del SAS en los distintos niveles asistenciales.

Su implantación en los centros de Atención Primaria, las Consultas y las Urgencias de Andalucía es ya un hecho, y actualmente se está implementando en Atención Especializada, lo que está suponiendo un reto importante, precisando del rediseño de circuitos, así como de formación y entrenamiento de todos los profesionales implicados.

En la línea referente a enfermería la implementación de Diraya de Atención Especializada (DAE) ofrece el uso de una herramienta adecuada para registrar el proceso enfermero en la historia de salud, de forma rigurosa, siguiendo el método científico con la Taxonomía propia enfermera ¹.

Es conocido que en la cumplimentación de los registros enfermeros, frecuentemente se encuentran deficiencias, así los demuestran estudios como el realizado en Cartagena en 2012 para conocer la calidad de las notas de enfermería en el área de hospitalización donde se identificó que aunque los enfermeros y auxiliares de enfermería tenían un buen conocimiento sobre los datos de sus pacientes, no registraban adecuadamente la evolución de estos durante sus turnos, concluyendo que era necesario una adecuada capacitación de todos los profesionales de enfermería en el registro adecuado²

Otros estudios han permitido evaluar y comparar distintos tipos de registros de enfermería, comprobando la eficacia de unos registros con indicadores de calidad frente a los usados habitualmente, siendo la curva de aprendizaje muy corta ³

Además se ha demostrado que el uso adecuado de los registros de enfermería mejora la calidad en la atención de enfermería, aumenta la satisfacción del paciente, disminuye tanto el gasto de material médico-quirúrgico y farmacológico, así como las estancias, y facilita la continuidad de los cuidados ⁴.

En este contexto, y puesto que se han identificado deficiencias cualitativas en la cumplimentación de los registros enfermeros ^{5,6}, derivadas generalmente de falta de formación y hábito, especialmente en el uso de la NOC, se plantea como hipótesis que la nueva herramienta DAE puede mejorar aspectos poco desarrollados y deficientes en el uso de la metodología enfermera por las enfermeras en su práctica diaria.

OBJETIVO

Potenciar el uso adecuado de metodología enfermera y superar deficiencias cualitativas en la cumplimentación de los registros enfermeros a partir de la incorporación de DAE.

MATERIAL Y MÉTODOS

1.- En primer lugar se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte trasversal, en el que se identificaron las dificultades de las enfermeras en el uso diario de Taxonomía NANDA-NOC-NIC.

La metodología utilizada en este estudio fue la realización de talleres de resolución de casos clínicos. El criterio de inclusión que se utilizó para permitir participar en los talleres fue: ser enfermera que utilizara en su práctica diaria la metodología enfermera. Como criterio de exclusión se consideró: ser enfermera de quirófano, reanimación o urgencias, por las dificultades que ello suponía en el seguimiento del paciente.

2.- Tras identificar en los talleres de casos clínicos las dificultades que las enfermeras encontraban en el uso de Taxonomías propias, se realizó una intervención mediante formación en metodología enfermera a través de sesiones clínicas de cuidados con exposición de casos reales en las distintas unidades de hospitalización. Los registros enfermeros que se utilizaron en la exposición y resolución de los casos fueron incluidos en DAE.

3.- Se realizó una auditoría de historias clínicas en la que se evaluó la calidad de los registros enfermeros, antes y 3 meses después de la formación en metodología enfermera. Se utilizó una parrilla elaborada and-hoc que fue validada.

Se utilizó el programa SPSS para medir y comparar frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

Se realizaron 6 talleres de resolución de casos donde participaron 71 enfermeras.

Las principales dificultades identificadas en los talleres fueron las siguientes:

En el 59% de los casos se identificó un escaso uso de cuestionarios de apoyo a la valoración enfermera.

En el 59% de las enfermeras participantes existía falta de razonamiento crítico.

El 76% de las participantes en los talleres identificaron tener dificultades en la selección de los diagnósticos enfermeros.

El 83% de las enfermeras participantes señaló mal uso de la NOC y no seguimiento de indicadores.

La representación gráfica de estos resultados queda expresada en el Gráfico 1

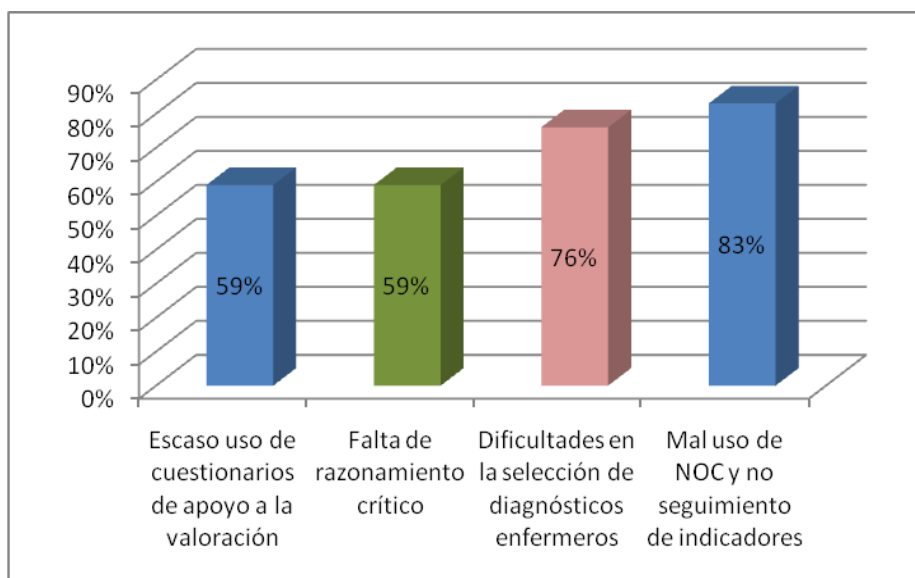


Gráfico 1: Principales dificultades identificadas por las enfermeras en los talleres de resolución de casos.

Se realizaron 15 sesiones clínicas de cuidados orientadas a superar las dificultades identificadas en los talleres de resolución de casos.

Se celebraron inicialmente 2 sesiones clínicas que sirvieron como formación de formadores, a ellas acudieron los enfermeros que después desarrollarían las sesiones en sus propias unidades.

Posteriormente en cada una de las unidades de Medicina interna, Cirugía y Especialidades, Aparato Locomotor, Pediatría, Obstetricia-Ginecología y UCI se realizaron 2 sesiones clínicas presentando casos reales de pacientes ingresados en ellas y que eran conocidos por el resto de asistentes a la sesión. En la Unidad de Medicina interna se realizó una 3ª sesión clínica a petición de los profesionales. Las sesiones clínicas fueron acreditadas por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Durante las sesiones clínicas los mayores esfuerzos se orientaron al entrenamiento en el uso de cuestionarios de apoyo a la valoración enfermera, a potenciar el desarrollo del razonamiento crítico y favorecer la selección de diagnósticos enfermeros correctos, y sobre todo, al uso adecuado de la NOC, prestando especial atención al seguimiento correcto de indicadores. En este sentido, los registros enfermeros incluidos en DAE fueron de gran ayuda para los profesionales ya que facilitaron la identificación de los indicadores más adecuados y ayudaron a la visualización del seguimiento del paciente. El hecho de que en DAE fuese imprescindible la valoración de cada indicador

periódicamente, y de que este dato se volcara en el informe de continuidad de cuidados ayudó mucho a las enfermeras.

Participaron un total de 101 enfermeras, su distribución según las distintas unidades queda representada en el Gráfico 2.

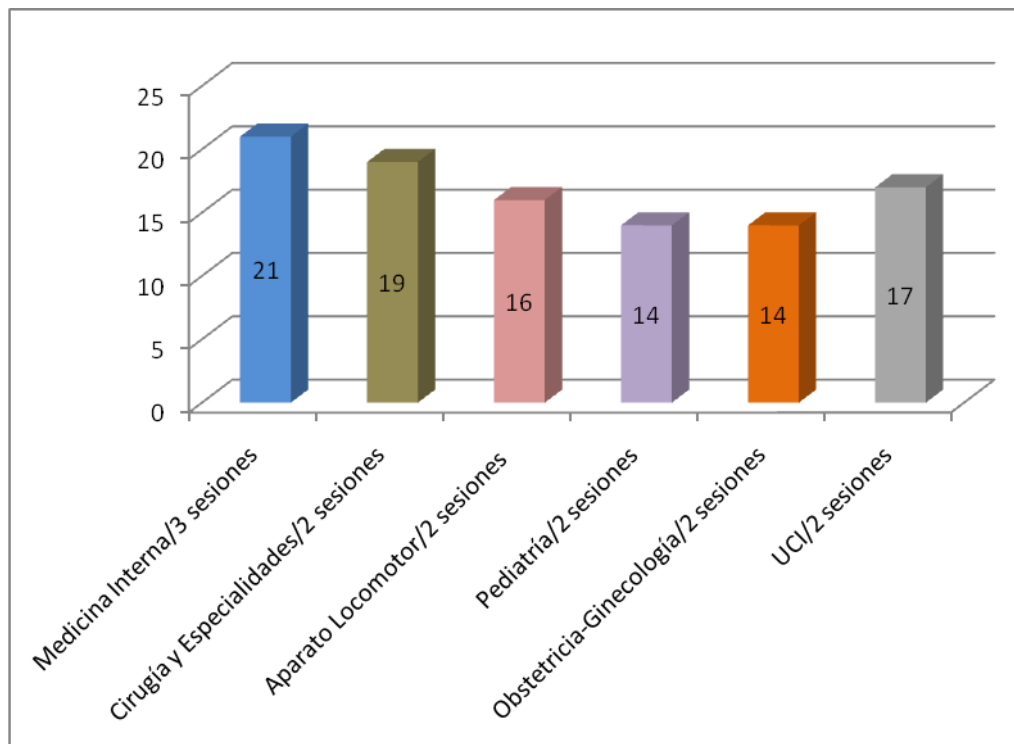


Gráfico 2: Número de enfermeras participantes en las distintas sesiones clínicas de cuidados según las unidades.

Se auditaron un total de 100 historias clínicas en las que se valoraron las principales dificultades que habían identificado las enfermeras en los talleres de resolución de casos. Se realizó una valoración antes y después de la celebración de las sesiones clínicas de cuidados.

En la parrilla elaborada a tal efecto se recogieron los siguientes datos:

Uso de cuestionarios de apoyo a la valoración enfermera

Realización de razonamiento crítico y adecuada selección de diagnósticos enfermeros

Uso adecuado de la NOC con seguimiento de indicadores.

Los resultados tras las sesiones clínicas de cuidados fueron especialmente llamativos por las mejoras encontradas con respecto a las dificultades que las enfermeras habían identificado en los talleres de resolución de casos. Se encontró una mejora del 55% de los casos en cuanto al uso de cuestionarios de apoyo a la valoración enfermera, una mejora del 58% en cuanto al razonamiento crítico y la selección adecuada de diagnósticos enfermeros y una mejora del 84% en cuanto al uso adecuado de la NOC y el seguimiento de indicadores. (Tabla 1)

	Profesionales que usaron cuestionarios de apoyo a la valoración enfermera	Profesionales que realizaron razonamiento crítico y seleccionaron adecuadamente diagn. enfermeros	Profesionales que usaron adecuadamente la NOC con seguimiento de indicadores
ANTES de Sesiones Cde Cuidados	24%	29%	12%
DESPUES de Sesiones Cde Cuidados	79%	87%	96%
DIFERENCIAS	55%	58%	84%

Tabla 1: Diferencias encontradas en la auditoría de historias clínicas antes y después de la celebración de las sesiones clínicas de cuidados.

CONCLUSIONES

Para potenciar el uso adecuado de metodología enfermera y superar deficiencias en los registros enfermeros es fundamental identificar las dificultades que encuentran las enfermeras y realizar formación para superarlas. En este contexto DAE se muestra como una herramienta facilitadora, tanto para el aprendizaje como para el manejo adecuado de la metodología enfermera, mejorando de forma importante la calidad de los registros enfermeros. Su incorporación, además de ayudar al uso de cuestionarios de apoyo a la valoración enfermera, facilita el razonamiento crítico, la selección de diagnósticos enfermeros adecuados y sobre todo ayuda al uso adecuado de la NOC.

BIBLIOGRAFÍA

Historia Digital de Salud del Ciudadano. Servicio Andaluz de Salud. Enero 2004.

Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/Diraya_Estrategia_Digital.pdf

Fernández Aragón, S. Díaz Pérez, A. López Pérez, C. Villa Salcedo, Y. Evaluación de la calidad de las notas de enfermería en el área de hospitalización. Cartagena 2012. Revista Ciencia y Salud virtual. 2012,4 (1).

Disponible en:

<http://revistas.curnvirtual.edu.co/journals/index.php/cienciaysalud/article/view/250>

Avendaño Garnica, M N. Ramírez Vázquez, T. Colín Espinosa, L M. Rentería Peña, C. López Mariscal, C. Exactitud, precisión y curva de aprendizaje del instrumento para los registros clínicos de enfermería. Estudio comparativo. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2011; 16(2): 97-103

Chaparro, L. García, D C. Registros del profesional de enfermería como evidencia de continuidad del cuidado. Actual. Enferm. 2003, 6 (4): 16-21.

Observatorio de metodología enfermera. Fundación para el Desarrollo de la Enfermería. Método científico enfermero en la actualidad.

Disponible en: http://www.ome.es/01_01.cfm?id=62

Santamaría García JM, Arribas Cachá A, Gómez González JL, Jiménez Rodríguez ML, Sellán Soto MC, González Sotos LA. Investigación taxonómica. El Lenguaje del Cuidado, 2010; 2(8): 7-14.

NECESIDAD DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO ENFERMERO: MAL USO DE LAS REDES SOCIALES

AUTOR/ES

Miguel Ángel Sánchez Vacas

Estudiante del Grado en Enfermería. Universidad de Sevilla.

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología.

PALABRAS CLAVE

Redes sociales, efecto, adicción, salud, tecnología, deterioro sociabilización.

INTRODUCCIÓN

Alegóricamente hablando, los estudiosos de las ciencias de la salud cuanto más avanzan en su conocimiento suben peldaños de una escalera que les permite ver la población desde una verdadera perspectiva sanitaria. Esta escalera tiene varias cualidades pero la más importante en nuestro caso es que es transparente a ojos de un individuo normal (porque es incapaz de discernir qué es salud de qué no lo es) excepto en los primeros peldaños.

Nuestro trabajo siempre ha sido dar a la población objetivo una visión que les permitiese seguir subiendo escaleras con el fin de alcanzar un correcto estado de la salud. El problema nace con la aparición de los medios sociales, donde las personas se relacionan a velocidades incontrolables, conectando a personas de lugares dispares y, consecuentemente, su conocimiento. Esto, ya de por sí, es un problema para nosotros, los profesionales de la salud, por tener que lidiar con información sin depurar que hará que los individuos que ayudamos vean la escalera de la salud de una forma grotesca y, casi siempre, perjudicial, sin que lo sepan. Si, además, sumamos que el individuo social con el que contábamos hasta la aparición de estos medios, se vuelve un individuo virtual que necesita alimentar dos vidas, contamos, además, con un problema de baja sociabilización que, unido a la necesidad de mantener un perfil siempre activo, le generará conductas patológicas como intercambiar ritmos de sueño-vigilia, trastornos emocionales y, en general, una conducta sedentaria.

Es nuestro deber estudiar a fondo este problema, encontrar factores de riesgo y crear planes de cuidados para estos individuos con el fin de mejorar el nivel de salud de la población que atendemos y, además, aprovechar para hacer nuestra profesión más visible ya que, literalmente, nadie se salva de las redes de La Red.

OBJETIVOS

Concienciar de la existencia de un problema de salud.

Fomentar la investigación en torno al efecto de los medios sociales.

Realizar un esbozo de diagnóstico enfermero a la espera de más información que aclare las mejores intervenciones para abordar el problema.

MATERIAL Y MÉTODOS

La metodología utilizada para la realización de este trabajo se ha basado en una revisión bibliográfica en bases de datos y sitios web. La obtención de estos documentos fue posible mediante las siguientes estrategias de búsqueda:

SCIELO: El descriptor utilizado fue "tecnología", se obtuvieron 3 resultados, de los que se usó sólo 1 por relación al tema de estudio.

ISOC de CSIC: En este caso, el descriptor utilizado fue "Redes sociales y efectos", lo que generó 62 resultados. Sólo estaban relacionados 2, que fueron seleccionados.

ISOC de CSIC: Los descriptores utilizados fueron "Redes sociales y adicción", que dio lugar a 11 resultados, 2 fueron útiles por versar sobre el tema que aquí se trata.

IME: Ninguno de los descriptores anteriores generó resultados válidos.

CUIDEN: Ninguno de los descriptores anteriores generó resultados válidos.

PUBMED: Se utilizaron los siguientes descriptores "Social networking AND (effects OR (addiction AND dependence))", lo que, filtrándolo a los últimos 5 años, generó 129 documentos, de los que sólo se han utilizado 3.

Se utilizó, además, la web de NANDA-I para conocer los requisitos necesarios a la hora de crear un diagnóstico enfermero.

Además, se han realizado las pertinentes discusiones lógicas en las que se fundamenta parte del objetivo que, junto con la revisión bibliográfica en bases de datos y sitios web, conforman los resultados y conclusiones.

RESULTADOS

Tras la revisión de varios artículos e investigaciones, constatamos que los factores que mantienen a la población con un alto nivel de adicción a las redes sociales pueden estar promovidos por empresas cuyo objetivo es el de mantener a las personas unidas, mediante una relación de interdependencia, a estas redes con fines económicos. Es por ello que dichas empresas otorgan ciertos beneficios para mantener la falsa ilusión de recibir un alto apoyo social y la apariencia de una completa integración, además de una ilusoria potenciación de todas las vivencias.

Los resultados de dichas investigaciones evidencian una gran satisfacción y defensa de las redes, además de una respuesta emocional favorable ante el mantenimiento de este tipo de relaciones *low-cost*, en las que la comunicación e interacción con otros miembros de la red llegan a ser consideradas gratificantes, plenas y muy estimulantes.^{1, 2}

Otros estudios, basados en entrevistas a estudiantes, revelan sus preocupaciones ante el uso de las redes sociales. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Aproximadamente un 30% de los encuestados usa la red para evadirse de sus problemas.

Alrededor de un 40% opina que su vida sin internet está vacía, aburrida y triste.

Cerca de un 75% pierde la noción del tiempo cuando usa internet.

Un 45'6% refiere usar las redes sociales como medio facilitador a la hora de mantener relaciones interpersonales.

Algo más de un 40% apunta que hace amistades por internet de forma muy asidua.

Solo un 6% deja las cosas que está haciendo para conectarse a internet demasiado, mientras que un 16% comparte que le ocurre bastante.

El 77% de los entrevistados afirman que nunca se sienten agitados cuando no están conectados, lo que identificamos con la aparición de tecnología móvil.

Un 55% de las personas que han sido entrevistadas coinciden en que su uso de internet no repercute de manera alguna en su rendimiento académico.³

Por otro lado, investigadores constatan que la nueva realidad virtual en la que se sumen los individuos desde su nacimiento les propicia una estancia en la red menos pasiva, haciéndola parte de su vida y su proceso de construcción de identidad, lo que acabará influyendo no sólo en sus relaciones, sino en su forma de desenvolverse en su entorno, cuyo resultado no será siempre positivo.⁴

En otro estudio se evaluó la percepción de riesgo en las redes sociales por parte de adolescentes españoles. Destaca que quedó demostrado que, por lo general, los jóvenes no suelen tener adicción a las redes sociales. Los entrevistados, además, no conocen las repercusiones legales de sus actos en la red. Por último, conciben la posibilidad de que los usuarios de la red, mediante interacciones con los entrevistados, puedan llegar a dañar su perfil público.⁵

Por último, otros estudios hacen hincapié en la necesidad de diferenciar la adicción a internet (como concepto general) y las adicciones dentro de internet (partes específicas de la red), demuestran que 1 de cada 20 personas, en su etapa adulta, sufre depresión debido al uso de las redes sociales, aumentando en el caso del sexo femenino (y apunta la necesidad de buscar una maximización del potencial de la red minimizando sus efectos negativos) y un último estudio asocia el uso de internet y la aparición de parasomnias.^{6, 7, 8}

CONCLUSIONES

Tras realizar la revisión bibliográfica pertinente y recabar los resultados ya analizados, destacamos los indicadores que nos parecen necesarios a la hora de elaborar el diagnóstico que planteamos:

1) El reciente fenómeno de la gamificación, que consiste en aplicar mecánicas de juego a diversos entornos no lúdicos con el fin de generar cierta atracción sobre el consumidor pone en serio peligro el uso que hacemos de la red, favoreciendo la verdadera adicción a la misma.

2) Se necesita más investigación en cuanto a los efectos de la red, aunque ya han sido apuntadas la aparición de ansiedad, depresión y parasomnias en los sujetos estudiados.

3) Algunos artículos apuntan "la necesidad de diseñar e implementar programas de prevención para un uso saludable de la conexión a internet"³, esta investigación pide que, además, la ciencia encargada de diseñarlos e implementarlos sea la enfermería ya que es la encargada de los cuidados y las respuestas humanas, atendiendo a la población desde un punto de vista holístico. Es por ello por lo que es necesario elaborar un diagnóstico enfermero que nos permita trabajar en este campo de actuación de una manera coordinada y protocolizada desde el campo de la enfermería. Un esbozo de este diagnóstico podría ser el siguiente (a modo de ejemplo):

DxE: Síndrome del mal uso de medios sociales.

Definición: Alteración en la construcción de la identidad favorecida por el uso de medios sociales de forma incorrecta y en las relaciones inter e intrapersonales.

Características definitorias: Trastorno del autoconcepto, Trastorno de la autoestima, Existencia de parasomnias, Ansiedad, Depresión, Utilización excesiva de internet (establecer concepto de "excesivo"), Obsesión con el perfil público en las redes, Desequilibrio nutricional (exceso/defecto), Manifestación verbal de dificultad para relacionarse fuera de los medios sociales, Dificultad para el mantenimiento de relaciones sociales interpersonales, Aislamiento emocional y social, Falta de identidad, Vulnerabilidad.

Factores relacionados: Información inadecuada sobre el manejo de la propia salud, Personalidad adictiva, Falta de habilidades para la solución de problemas de carácter social, Evasión de problemas reales, Inseguridad, Necesidad de aceptación y comunicación.

BIBLIOGRAFÍA

Marta Lazo C, Martínez Rodrigo E, Sánchez Martín L. La «i-Generación» y su interacción en las redes sociales. Análisis de Coca-Cola en Tuenti. Comunicar Revista de Medios de Comunicación y Educación 2013(40): 41-48.

Sánchez-Franco MJ, Buitrago-Esquinas E, Hernández-Mogollón JM. Antecedentes sociales y psicológicos del compromiso comunitario. Un análisis del comportamiento del usuario de una red social de relaciones. Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa 2012; 15(4): 205-220.

Casas JA, Ruiz Olivares R, Ortega Ruiz R. Validación del Cuestionario de Experiencias Relacionadas con Internet en adolescentes españoles. International Journal of Clinical and Health Psychology 2013; 13(1): 40-48.

Gil-Juárez A, Vall-Ilovera M, Feliu J. Consumo de TIC y Subjetividades Emergentes: ¿Problemas nuevos? Intervención Psicosocial 2010; 19(1): 19-26.

Martínez Pastor E, García Jiménez A, Sendín Gutiérrez JC. Percepción de los riesgos en la red por los adolescentes en España: usos problemáticos y formas de control. Anàlisi: Quaderns de comunicació i cultura 2013(-1): 111-130.

Nanda International [Homepage en Internet]. Kaukauna: Nanda-I; 2014 [Consultada: 20 febrero 2014]. [Disponible en: <http://fs9.formsite.com/nandai/DDC-AD-New/index.html>]

Szcegielniak A, Palka K, Krysta K. Problems associated with the use of social networks—a pilot study. Psychiatria Danubina 2013; 25(2): 212-215

McKenzie LE, Polur RN, Wesley C, Allen JD, McKeown RE, Zhang J. Social contacts and depression in middle and advanced adulthood: findings from a US national survey, 2005-2008. The International journal of social psychiatry 2013; 59(7): 627-635

Arora T, Broqlia E, Thomas GN, Taheri S. Associations between specific technologies and adolescent sleep quantity, sleep quality and parasomnias. Sleep medicine 2014; 15(2): 240-247

EVALUACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN LA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL.

AUTOR/ES

Rosa M^a Álvarez-Zaiño, Silvia Herrojo-Bautista, M^a del Carmen Rico-García, Luisa M^a Sánchez-Martin.

INTRODUCCIÓN

Cuando en nuestra unidad de ginecología del hospital Juan Ramón Jiménez se inicia el proceso de implantación del sistema informático DAE, en Noviembre de 2013, detectamos la necesidad de estandarizar los planes de cuidados, de los procesos más frecuentes que se dan en nuestra unidad, para así adaptarlos a la herramienta informática, entre ellos elegimos la histerectomía abdominal. De esta forma unificamos criterios en la planificación de cuidados en las pacientes que ingresan en nuestra unidad para someterse a una histerectomía abdominal. Además este plan de cuidados estandarizado nos sirve de guía a todo el personal de enfermería para aplicar los cuidados adecuados a las pacientes en los distintos momentos del proceso, garantizando la seguridad de la paciente mediante una atención integral adaptada a sus necesidades para así conseguir mejoras en su proceso de salud. Para la elaboración de este plan de cuidados estandarizado para histerectomías partimos de la valoración inicial de la paciente basándonos en las catorce necesidades de Virginia Henderson, obteniendo dos etiquetas diagnósticas prevalentes; "Ansiedad" y "Conocimientos Deficientes" y en función a ellas elaboramos el plan de cuidados y lo pusimos en práctica. Posteriormente pensamos que sería interesante evaluar si el efecto de la aplicación de este plan de cuidados, producido sobre las pacientes era el deseado. Tras realizar una búsqueda bibliográfica observamos que había numerosos estudios previos sobre planes de cuidados en general y de histerectomías en particular, pero una gran laguna en lo que a la evaluación posterior de los resultados se refiere. Así pues decidimos valorar si nuestro plan de cuidados aplicado a las pacientes a las que se les practica histerectomía estaba siendo efectivo.

OBJETIVOS

Analizar las diferencias que se producen en los indicadores "descripción del proceso enfermedad" (para el diagnóstico de conocimiento deficiente) y "búsqueda de información para reducir ansiedad" (para el diagnóstico de ansiedad) desde que las mujeres ingresan en la planta de ginecología hasta que reciben el alta y tras haber recibido el plan de cuidados estandarizados.

METODOLOGÍA

Participantes: En el estudio ha participado una muestra de 27 mujeres que iban a ser histerectomizadas en el hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, con una edad media de 50 años (DT = 10.57).

Criterios de inclusión: mujer que ingresa en la planta de ginecología del hospital Juan Ramón Jiménez y va a ser intervenida de histerectomía abdominal.

Criterios de exclusión: mujer que tras realizarse la valoración inicial se detectan más diagnósticos que los que recoge el plan estandarizado.

Tipo de estudio: Se ha llevado a cabo un estudio observacional prospectivo, en el que se analizaron a las pacientes en dos momentos temporales, antes de administrarles el plan de cuidados estandarizado y posteriormente al mismo.

Variables:

Edad

Descripción del proceso enfermedad al ingreso: indicador que utilizamos para poder evaluar los conocimientos que tiene la paciente sobre su situación actual.

Descripción del proceso enfermedad al alta.

Búsqueda de información para reducir ansiedad al ingreso: indicador que se utiliza para evaluar la ansiedad.

Búsqueda de información para reducir ansiedad al alta.

Instrumentos: el plan de cuidados estandarizados se compone de dos indicadores: "descripción del proceso enfermedad y "búsqueda de información para reducir ansiedad".

Procedimiento: se realiza una valoración a través de una entrevista guiada siguiendo el modelo de Virginia Henderson de los indicadores a estudio en las pacientes a las que las enfermeras y auxiliares de enfermería previamente entrenadas sobre cómo aplicar el plan de cuidados, lo llevan a cabo. Una vez aplicado dicho plan de cuidados se vuelve a valorar el nivel que presentan de "Ansiedad y Conocimientos Deficientes".

Tras recoger los datos obtenidos de ambos indicadores antes y después de aplicar el plan de cuidados estandarizados, se procede al análisis estadístico.

En este trabajo se han respetado los criterios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki, el Informe Belmont y el Código de Nurember.

Análisis de datos: dadas las características de los datos, se ha utilizado la Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para analizar la existencia de diferencias entre el momento de medida previo y posterior a la aplicación del plan de cuidados estandarizado.

RESULTADOS

Tal y como puede observarse en la tabla ***, las medias tanto en "descripción del proceso enfermedad" (DPE) como en "búsqueda de información para reducir ansiedad" (BIRA) fueron mayores al alta que en el ingreso tras la aplicación del plan, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($Z = -4.32$, $p. = .000$; $Z = -4.32$, $p. = .000$, respectivamente).

	n	Media	DT	Z	p
DPE al ingreso	27	2.59	0.57	-4.32	.000**
DPR al alta	25	4.36	0.86		
BIRA al ingreso	26	2.65	0.69	-4.38	.000**
BIRA al alta	24	4.63	0.58		

** $p < 0.1$

CONCLUSIONES

Con este estudio pretendemos unificar criterios para aplicar unos cuidados de calidad, evaluando la aplicación de los mismos. A pesar de buscar bibliografía con la que hacer una comparación de nuestro estudio, no hemos encontrado nada publicado en lengua castellana al respecto. Si bien contamos con un escaso tamaño muestral y no pudimos recoger las variables necesarias para contextualizar la muestra, es el primer estudio de este tipo que se lleva a cabo. Tras la cuantificación de los indicadores: descripción del proceso enfermedad y búsqueda de información para reducir la ansiedad, observados en la muestra seleccionadas para las etiquetas diagnósticas de conocimiento deficientes y ansiedad respectivamente, llegamos a la conclusión de que la aplicación del plan de cuidados estandarizados para las histerectomías abdominales, tiene una alta efectividad sobre las pacientes pertenecientes a dicha muestra

BIBLIOGRAFÍA

- 1-San Martín G., "et al". Laparotomías en infecciones intra-abdominales aguda patología de urgencia, (2001), 9, 4-10.
- 2 -Olvera Martínez M. (D.U.E) Histerectomía abdominal, www.Enfermería-diada@hotmail.es.
- 3 -Martínez de Haro M. Plan de cuidados del paciente con laparotomía abdominal. Unidad de gestión clínica de obstetricia y ginecología del H.U. Virgen de las Nieves. Diagnósticos Enfermeros (2003-2004). Clasificación de intervenciones de enfermería, 3ª edición. Clasificación de resultados de enfermería, 2ª edición.
- 4-Vázquez M. Nursing in mesh laparatomig, mewave, revista biomédica (2008)8, 4-419
- 5-Fraile Bravo. M, Bravo Martín M.J., Blanco Sánchez S., Caldera Poza J. M, Castellet Caballero M.I. Cintado cuadrado G.," et al. "Planes de cuidados de Enfermería en Atención especializada. Estandarización en Extremadura. Guía práctica. Ed.1, Mérida, Servicio extremeño de Salud Dirección General de asistencia sanitaria, 2011.
- 6-Pérez F. Histerectomía en incontinencia urinaria, <http://www.unizar.es/gine/gin402.htm>.
- 7-Unidad de planes de cuidados hospital general universitario de Alicante, plan de cuidados a la paciente que va a ser intervenida de histerectomía; Abdominal (HTA) y Vaginal (HTV) 353-359.

8-López Arroyo F, Reyes Amilla A., Gallego López J.M. Nouselles Pavía A., Cuidados pre y postquirúrgicos del paciente sometido a cistectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker, revista digital enfervalencia, 57.

9-Calle. De Los Ríos J., "et al". Histerectomía laparoscópica total: manejo ambulatorio. Experiencia clínica del Prado. Rev. chil.obst.ginecol.2011, vol.76, 395-399.

10-Comisión asesora en planes de cuidados y enfermeras del hospital universitario Carlos Haya. Planes de cuidados estandarizados de enfermería. Málaga. Consejería de salud. 2006.

11-Rubio J., González J.A., Diplomados en enfermería de la 4ª planta del hospital del Valme de Sevilla. Plan de cuidados estandarizados para pacientes sometidas a histerectomías. Revista Científica Hygia de enfermería. 2004. Nº 58, 5-14.

12-Planes de cuidados estandarizados de enfermería. Ed. Comunidad autónoma vasca Osakitdeza. Servicio vasco de Salud 1996.

13-Planes de Cuidados a la paciente que va a ser intervenida de histerectomías (GDR 353 y 359). Actualizado en Octubre 2010, Copyright: Unidad de planes de Cuidados del Hospital General de Alicante. Código plan: 05/21-22 GIN.

TAXONOMÍA ENFERMERA–NUEVOS FORMATOS: INFORMÁTICO Y DIGITAL

AUTOR/ES

Patricia Peinado-Gorlat, M^a Celia Mateos-Martínez, M^a Ángeles Sola-Peral, Elisa Jiménez-Ruiz, Celso Martínez-Romero, Berta Gorlat-Sánchez.

PALABRAS CLAVE

Taxonomía enfermera, Nuevas tecnologías, Conocimientos enfermeros.

INTRODUCCIÓN

El proceso enfermero es el procedimiento que permite la aplicación del método científico y la prestación de cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Su utilización por los enfermeros ha permitido incorporar el uso de lenguajes estandarizados que facilitan la recolección sistemática de la información necesaria para la toma de decisiones y la comunicación de la información entre profesionales sobre la efectividad del cuidado, asegurando a su vez, la calidad y continuidad de cuidados intra e interniveles. En este contexto se puede confirmar que el uso de un lenguaje estandarizado ha contribuido a homogeneizar y normalizar la práctica enfermera y ha disminuido la variabilidad de la práctica clínica, permitiendo identificar los problemas y necesidades de los pacientes, los resultados esperados y las intervenciones necesarias^{1, 2}.

Los tres lenguajes estandarizados más usados son el identificado por la North American Nursing Diagnosis Association, NANDA³, la clasificación de resultados de enfermería, NOC⁴ y la clasificación de intervenciones de enfermería, NIC⁵.

En España se ha identificado la documentación de enfermería con Taxonomías enfermeras y los principales componentes que deben ser implementados en la historia de salud del paciente^{6, 7}.

El sistema más utilizado tradicionalmente entre los profesionales enfermeros para la consulta y el uso de taxonomía NANDA-NOC-NIC es el formato libro, pero este generalmente está poco disponible y es poco asequible a todos los profesionales, ya que con frecuencia los libros están en las instituciones o en los centros de trabajo, encontrando además que reiteradamente las ediciones son antiguas y no actualizadas. Por otra parte, la escasa oferta laboral actual y, por tanto, al desuso de taxonomía enfermera por los “nuevos enfermeros” hace que el formato libro suponga una gran dificultad especialmente para ellos. Frente a esto llega, de mano de las nuevas tecnologías, el formato informático y digital de NANDA-NOC-NIC, haciendo que la consulta pueda ser más accesible, rápida y actualizada para todos.

Entre los profesionales que habitualmente han usado el formato libro se identifica, que aunque el uso de nuevas tecnologías les supone un proceso de aprendizaje, son conscientes de que aportan rapidez en los resultados y actualización de contenidos⁸.

OBJETIVOS

Valorar las preferencias y utilidad de los diferentes formatos de taxonomía NANDA-NOC-NIC de una promoción de enfermeros real.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el periodo comprendido entre Diciembre de 2013 y Febrero de 2014.

La población de estudio fueron las enfermeras y enfermeros de la promoción 2008 – 2011 de la Diplomatura de Enfermería de la Universidad de Jaén.

Como instrumento para la recogida de datos se realizó encuesta on line a las enfermeras y enfermeros tras aceptar estos participar en el estudio.

La participación en el estudio fue voluntaria. Se cumplió la Ley orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal.

Se presentaron como alternativas para la elección de preferencias el formato libro en papel y el formato informático. Dentro de la opción de formato informático se preguntó sobre la preferencia de aplicación informática en ordenador/Tablet o aplicación en dispositivo móvil.

Otras variables estudiadas fueron: frecuencia de consulta de las Taxonomías enfermeras, ventajas e inconvenientes de cada formato.

RESULTADOS

Se entrevistaron un total de 160 enfermeros, con edades comprendidas entre 23 y 41 años.

En cuanto a las preferencias del formato para consultar las Taxonomías NANDA-NOC-NIC: el 81% expresó preferir el formato informático y el 19% eligió el formato tradicional en libro. (Gráfico 1)

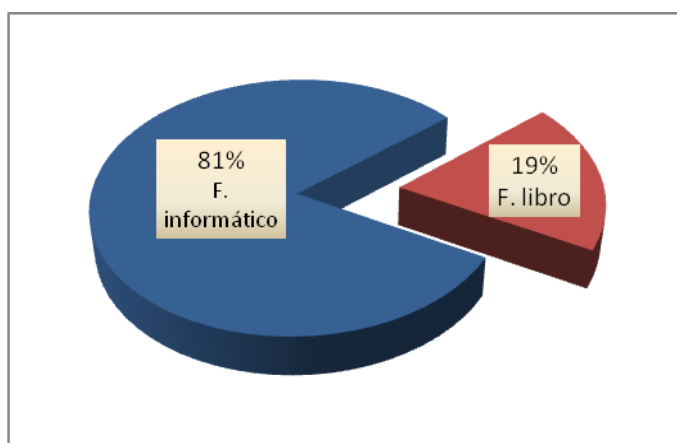


Gráfico 1: Formato preferido para consulta de Taxonomía NANDA-NOC-NIC por los participantes en el estudio.

Del total de participantes que prefirieron el formato informático, el 56% prefería una aplicación en su teléfono móvil y el 44% prefirieron el ordenador o la tablet. (Gráfico 2)

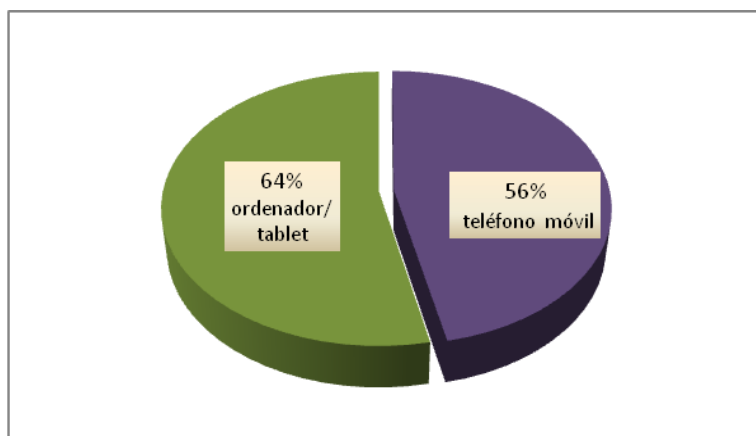


Gráfico 2: Preferencias de los participantes que eligieron el formato informático.

Sobre la frecuencia de consulta: el 31% de los entrevistados expresaron que consultaban las taxonomías siempre que tenían que utilizarlas, el 57% respondieron que solo las consultaban cuando tenían dudas, y el 12 % declararon que no consultaban las taxonomías. (Gráfico 3)

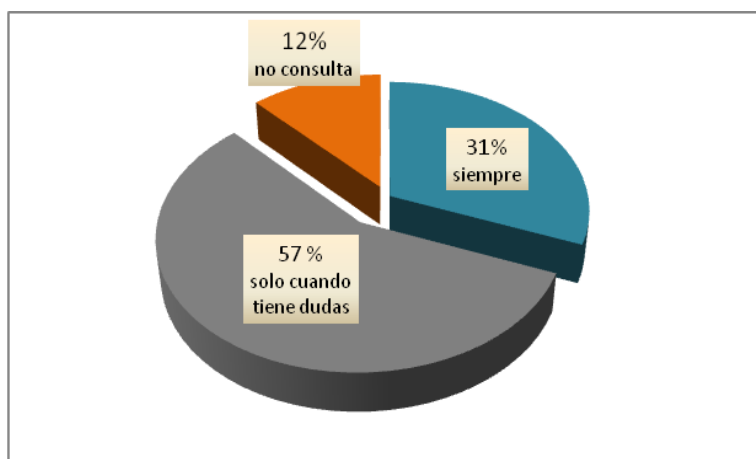


Gráfico 3: Frecuencia de consulta de las Taxonomías enfermeras por parte de los participantes en el estudio.

Como ventajas del formato informático frente al formato libro: el 79% de los encuestados expresó que el formato informático les agilizaba el tiempo de búsqueda y que el formato libro les suponía un inconveniente al tener que invertir más tiempo en la búsqueda, el 47% expresó que el formato informático les permitía un conocimiento más rápido de las actualizaciones y el 67% respondió que el formato informático era muy consultado por ellos en el ámbito laboral. (Gráfico 4)

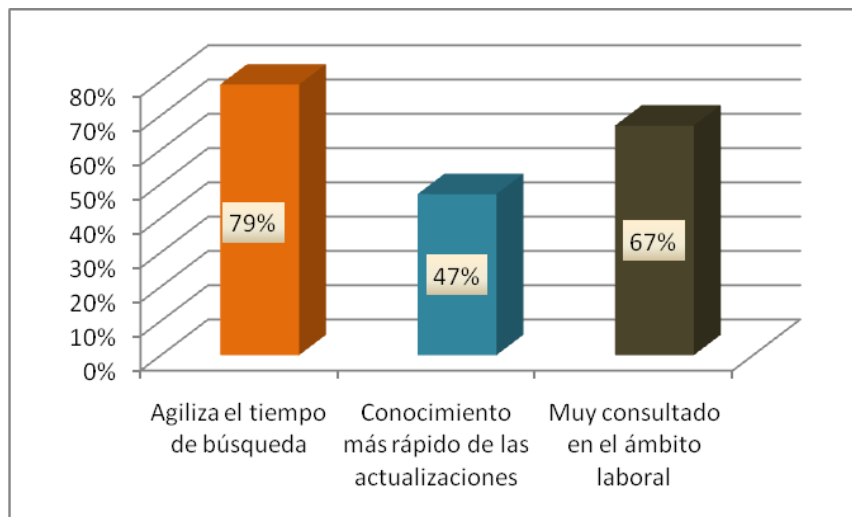


Gráfico 4: Ventajas del formato informático vs formato libro identificadas por los participantes en el estudio.

CONCLUSIONES

Los nuevos formatos de consulta de las Taxonomías NANDA-NOC-NIC basados en nuevas tecnologías informáticas (ordenador/tablet o teléfonos móviles) son las preferidas y las más utilizadas por los enfermeros de las últimas promociones. Estos formatos suponen un aliado para fomentar el uso de las taxonomías enfermeras en la práctica diaria, y un puente hacia su uso accesible y cotidiano para aquellos profesionales menos habituados a su uso.

BIBLIOGRAFÍA

Tirado Pedregosa G, Hueso Montoro C, Cuevas Fernández-Gallego M, Montoya Juárez R, Bonill de las Nieves C, Schmidt Río-Del Valle J. Cómo escribir un caso clínico en Enfermería utilizando Taxonomía NANDA, NOC, NIC. *Index Enferm* 2011; 20 (1-2): 111-115.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100023&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000100023>.

Cereto Román M, Campos Rico A, Viñas Heras C, Palop R, Zamudio Sánchez A, Domingo García MR et al. Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. *Enfermería clínica* 2005; 15(3): 163–166.

NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. (2012). Editorial Elsevier España S. L., 568 p

Sue Moorhead et al. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), 4ª Edición. Elsevier España, 2009 - 871 páginas.

Gloria M. Bulechek et al. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª Edición. Elsevier Health Sciences, 2009 - 976 páginas.

Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

Carreras Viñas M. Informatización de los servicios de enfermería. Rev. Gestión Hospitalaria 2002; 13: 67-76

Martínez Corbalán ED, López Montesinos, MJ. El conocimiento y aplicabilidad de las nuevas tecnologías en el profesional de enfermería. Rev. Científica de Enfermería. Mayo 2011 (2), 21 páginas.

Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3648313>

PLAN DE CUIDADOS INFORMATIZADO PARA PACIENTES PUÉRPERAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)

AUTOR/ES

Elia Velasco-Soria, Marta Domènech-Aguilera, Neus Calpe-Damians, Lorena Ezquerra-Argiles

PALABRAS CLAVE

Plan de cuidados, puérperas, Servicio de Medicina Intensiva, estandarización

INTRODUCCIÓN

La creación de un programa informático exclusivo para el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) ofreció la oportunidad de incorporar un plan de cuidados (PC) en base a la Clasificación Diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la Nursing Outcome Classification (NOC) y Nursing Interventions Classification (NIC).

Dada la vulnerabilidad emocional que ocasiona a una paciente puérpera ingresar en el Servicio de Medicina Intensiva, a la familia y al recién nacido se vio la necesidad de estandarizar los cuidados de enfermería para poder garantizar una continuidad asistencial durante la estancia tanto en el proceso de la enfermedad como en la vinculación con el recién nacido y con la familia

OBJETIVOS

Identificar los cuidados específicos de la pacientes puérperas ingresadas en el SMI en los centros de idcsalud Hospital Universitari Sagrat Cor e idcsalud Hospital General de Catalunya, mediante la creación de un PC informático estandarizado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Un grupo asistencial de dos enfermeras expertas en SMI trabajaron diariamente, en el periodo comprendido entre Octubre 2013 y Febrero 2014, para la creación del PC informatizado específico de Medicina Intensiva.

En base al modelo conceptual de V. Henderson se introdujeron características definitorias, a través de la alteración de éstas se obtuvieron los NANDA. Posteriormente se identificaron los

NANDA específicos de la paciente puérpera, desarrollando el PC.

RESULTADOS

NECESIDAD RESPIRACIÓN Y CIRCULACIÓN	
NANDA	00206 Riesgo de sangrado*
NOC	0413 Severidad de la pérdida de sangre
	041313 Palidez de las membranas cutáneas y mucosas
	041316 Disminución de la hemoglobina

	0802 Signos vitales 080201 Temperatura corporal 080208 Frecuencia cardíaca apical (FC) 080204 Frecuencia respiratoria (FR) 080205 Presión arterial sistólica (PAs) 080206 Presión arterial diastólica (PAd)
NIC ACTIVIDADES	4010 Prevención de la hemorragia Registrar niveles de hemoglobina y hematocrito, antes y después de la pérdida de sangre Observar si hay signos y síntomas de hemorragia Administrar productos sanguíneos, según prescripción médica
NIC ACTIVIDADES	6930 Cuidados post-parto Vigilar loquios para determinar la cantidad y presencia de coágulos Comprobar y registrar la altura uterina Realizar e instruir al masaje uterino
NIC ACTIVIDADES	6680 Monitorización de los signos vitales Controlar periódicamente PAs, PAd, FC, FR y temperatura Observar presencia y calidad del pulso Observar color, temperatura y humedad piel
NECESIDAD NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	
Característica definitoria	Alteración observada: Dificultad en el proceso de amamantamiento
NANDA	00105 Interrupción de la lactancia materna
NOC	1002 Mantenimiento de la lactancia materna 100205 Capacidad para recoger y almacenar de forma segura la leche materna 2211 Ejecución del rol de padres 221114 Interacciona de forma positiva con el niño
NIC ACTIVIDADES	5244 Asesoramiento en la lactancia Mostrar el modo de amamantar Fomentar la estimulación del pecho Proporcionar el equipo disponible para la ayuda a la lactancia materna
NIC ACTIVIDADES	5568 Educación paterna: niño Alentar a los padres a coger, abrazar y tocar al bebé Animar a los padres a hablar y proporcionar estimulación auditiva agradable Reforzar las conductas del cuidador
NECESIDAD HIGIENE Y PIEL	
Característica definitoria	Herida: Localización: Genitales
NANDA	00046 Deterioro de la integridad cutánea
NOC	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas 110115 Lesión cutánea
NIC ACTIVIDADES	3660 Cura de las heridas Vigilar el estado de la episiotomía Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida
NECESIDAD COMUNICACIÓN	
Característica definitoria	Paciente puérpera: Si

<i>NANDA</i>	00058 Riesgo de deterioro de la vinculación
<i>NOC</i>	1500 Lazos afectivos padres/ hijos 150005 Mantienen el lactante cerca de ellos
<i>NIC</i> <i>ACTIVIDADES</i>	6710 Fomentar el acercamiento Animar a los padres a que cojan al bebé Animar a los padres a tocar, hablar y reforzar el contacto visual con el bebé Ayudar a los padres a participar con los cuidados del bebé
<i>NANDA</i>	00060 Interrupción de procesos familiares
<i>NOC</i>	2602 Funcionamiento de la familia 260201 Sociabiliza los nuevos miembros de la familia 260222 Los miembros se ayudan entre si
<i>NIC</i> <i>ACTIVIDADES</i>	7110 Fomentar la implicación familiar Crear una cultura de flexibilidad para la familia Determinar recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal Animar a los miembros de la familia a mantener relaciones familiares

*En el PC el Diagnóstico 00206 Riesgo de sangrado se obtiene por defecto en todos los pacientes, por lo tanto no hay característica definitiva.

CONCLUSIONES

A pesar de la tecnificación en los SMI y la estandarización e informatización de los PC, la visión del personal de enfermería engloba holísticamente al paciente, preocupándose tanto de los aspectos biológicos como de las carencias psico-sociales.

La taxonomía NANDA, NIC, NOC facilita un lenguaje homogéneo entre la comunidad enfermera para brindar cuidados óptimos y calidad asistencial, así como una metodología para poder realizar futuros estudios de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- Collado Cabeza RM, Calpe Damians N. Caso clínico: humanizar los cuidados para evitar la rotura del vínculo materno-filial en unidades de críticos. Nursing 2012. 2012; 30 (9): 54-57
- Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009
- Herdman TH, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013
- Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Mass M, Swanson E, editores. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los

cuidados. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012

IMPACTO DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN PROFESIONAL EN EL USO DE METODOLOGÍA ENFERMERA.

AUTOR/ES

M^a Celia Mateos-Martínez, Celso Martínez-Romero, Patricia Peinado-Gorlat, Antonio Jesús Pérez-Fernández, M^a José Bautista-Morente, Elisa Jiménez-Ruiz.

PALABRAS CLAVE

Acreditación Profesional, Metodología Enfermera, Cuidados.

INTRODUCCIÓN

Se entiende por competencia profesional la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se le plantean. (Artículo 42.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud).

El sistema de acreditación del nivel de la competencia profesional persigue garantizar la calidad de los servicios sanitarios en beneficio de los ciudadanos, promover una actitud profesional de carácter individual dirigida a la mejora continua del nivel de la competencia profesional y generar un modelo coherente de desarrollo profesional asentado en la evaluación del nivel de la competencia ^{1, 2}.

En Andalucía, la acreditación del nivel de competencias está regulada por el Decreto 18/2007 ³. Este sistema de acreditación garantiza que los profesionales sanitarios cumplen los requisitos necesarios para prestar sus servicios en un puesto de trabajo con un determinado nivel de competencia, con independencia de la valoración del resultado de la acreditación de la competencia profesional que se realice en el sistema de reconocimiento de desarrollo profesional.

Existen diversos estudios que demuestran cómo las enfermeras acreditadas tienen mayores niveles de habilidad en las intervenciones relacionadas con la seguridad de pacientes, desarrollan prácticas más seguras que minimizan los riesgos sanitarios e identifican con mayor facilidad posibles áreas de mejora. Además, se ha demostrado que la acreditación personal supone cambios de hábitos, de valores y de comportamientos, imponiendo a los sujetos involucrados la ruptura con el cuidado mecanizado, fomentando un ambiente organizacional de excelencia enfocado hacia el paciente, en el que se evite la fragmentación del cuidado y se logre una asistencia integral y de alta calidad ⁴⁻⁶.

En este contexto, el Servicio Sanitario Público Andaluz en su Plan de Calidad 2010-2014 marca como líneas estratégicas nuevas formas de trabajo basadas en la acreditación de unidades y de profesionales, contemplando siempre al ciudadano en el centro del sistema y al profesional como protagonista de los cambios. Para los profesionales enfermeros esto supone afianzar el trabajo siguiendo el proceso enfermero y avanzar en la gestión de cuidados.

Con la realización de este trabajo se pretende confirmar la hipótesis de que la acreditación personal de las enfermeras incide positivamente en el incremento del número de planes de cuidados elaborados y aplicados a los pacientes.

OBJETIVO

Determinar si el proceso de acreditación personal de las enfermeras supone un impacto positivo en la aplicación de planes de cuidados en la práctica diaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de seguimiento de una cohorte de enfermeras acreditadas y en proceso de acreditación en el Hospital y de los planes de cuidados realizados.

El periodo de estudio fue desde Enero a Diciembre de 2013.

Se realizó un estudio comparativo para el que se consideraron los datos del personal de enfermería acreditado hasta diciembre de 2012.

El ámbito de estudio fueron las unidades de hospitalización del Hospital de Motril: Aparato locomotor, Cirugía, Medicina Interna, Obstetricia-Ginecología, Pediatría y UCI.

Se analizaron las variables: número de enfermeras acreditadas en el hospital, número de enfermeras acreditadas por unidad, planes de cuidados totales realizados en el hospital y planes de cuidados por unidades.

Como instrumento para potenciar la línea estratégica de acreditación de profesionales se realizaron siete sesiones formativas sobre acreditación profesional dirigidas a todas las unidades de hospitalización y se destinó el recurso de un enfermero de apoyo a la acreditación. También se realizaron sesiones clínicas sobre uso de metodología enfermera para afianzar conocimientos y aclarar dudas.

Para la recogida de datos y el análisis tanto porcentual como comparativo se usó el Programa Excel.

Como método de calidad para triangular datos se realizó auditoría externa de historias clínicas utilizando una muestra aleatoria representativa de dos periodos: primer cuatrimestre y tercer cuatrimestre de 2013.

RESULTADOS

Antes del año 2013 el porcentaje de enfermeras acreditadas era del 15,7%. En el presente estudio se identifica que en el tercer cuatrimestre de 2013 este porcentaje había aumentado al 55,4%. También se identificó un incremento significativo en el número total de planes de cuidados en el tercer cuatrimestre de 2013 con respecto al primer cuatrimestre del mismo año (95,6% frente a 45,2%). (Gráfico 1)

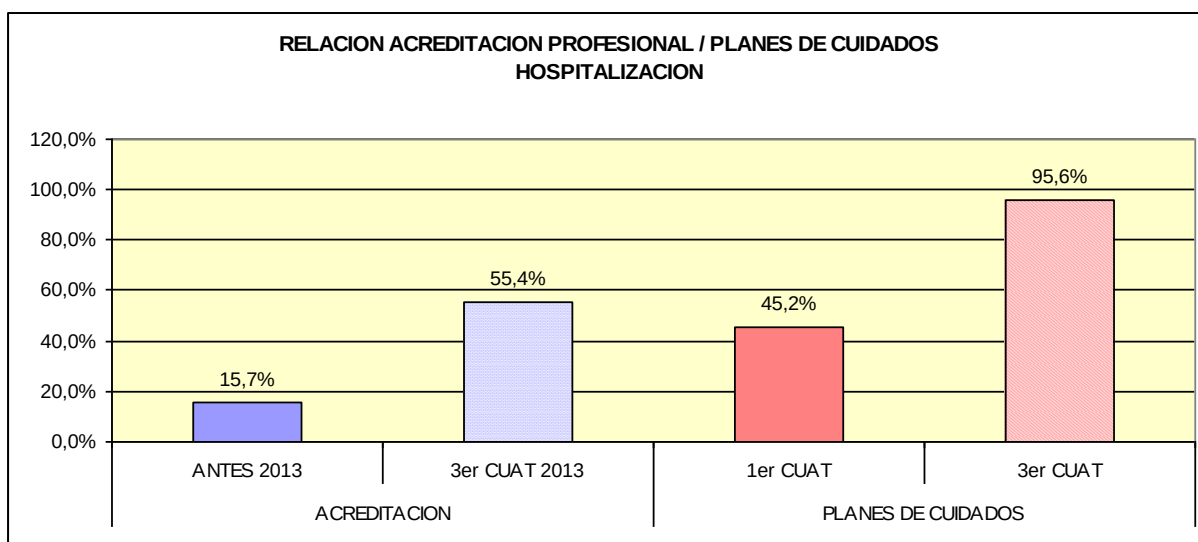


Gráfico 1: Evolución del porcentaje de acreditaciones y de planes de cuidados en el hospital. Comparación entre el primer y tercer cuatrimestre de 2013

Con respecto a la acreditación de enfermeras se observó un incremento en todas las unidades estudiadas, siendo especialmente significativo en las unidades de Medicina Interna (75 puntos de diferencia) y Traumatología (50 puntos de diferencia).

En UCI las diferencias fueron menos significativas (6 puntos porcentuales).

En el Gráfico 2 quedan representados de forma pormenorizada todos los datos.

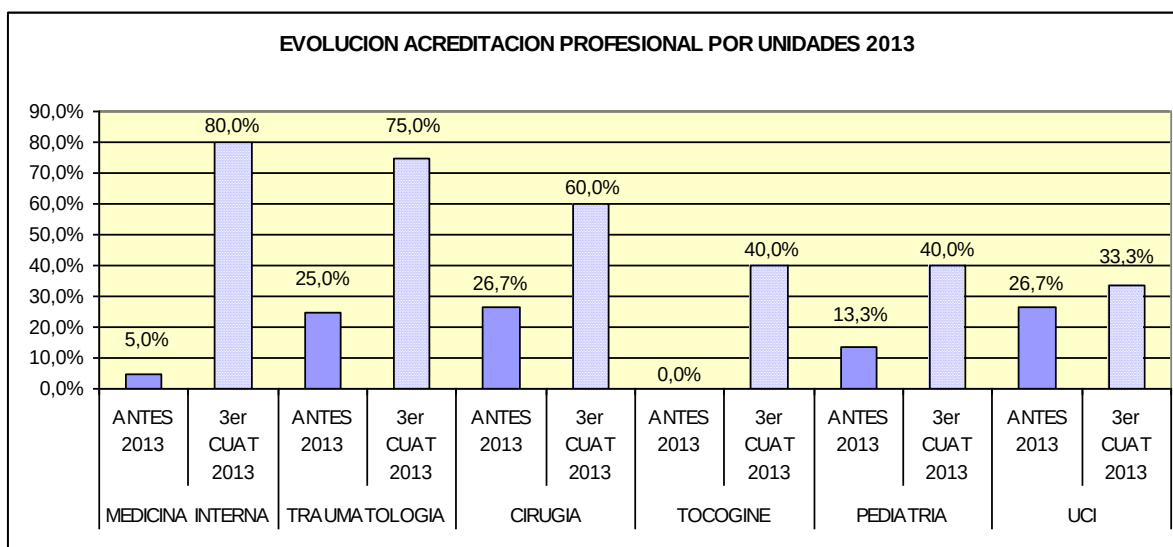


Gráfico 2: Evolución de la acreditación de profesionales por unidades. Comparación entre el primer y tercer cuatrimestre de 2013.

Se observó un incremento importante de planes de cuidados en todas las unidades estudiadas, identificando que las diferencias porcentuales entre los dos cuatrimestres fueron más acusadas en los servicios de Medicina Interna y Traumatología, con una diferencia superior a 60 puntos.

Para los servicios de Tocoginecología y UCI, las diferencias se situaron en torno a los 50 puntos.

Las unidades con menores diferencias fueron Pediatría y Cirugía con 34,8% y 37,5 puntos de diferencia respectivamente.

Los resultados pormenorizados de todas las unidades quedan reflejados en el Gráfico 3.

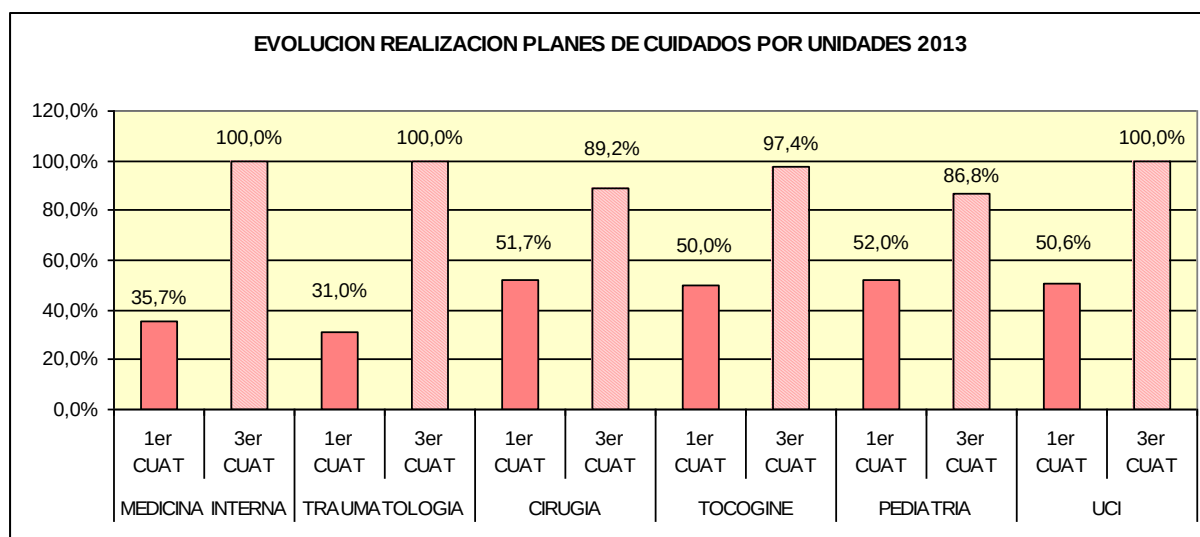


Gráfico 3: Evolución de los planes de cuidados realizados en las distintas unidades en estudio.
Comparación entre primer y tercer cuatrimestre de 2013)

En la auditoría interna se confirmaron los datos sobre los planes de cuidados elaborados, además se chequearon los siguientes datos: asignación de enfermera referente, valoración completa con apoyo de cuestionarios homologados, identificación de problemas de colaboración, autonomía y diagnósticos enfermeros, definición de criterios de resultados NOC con indicadores, definición de intervenciones NIC, derivaciones a otros profesionales y emisión de informe de continuidad de cuidados si procedía.

CONCLUSIONES

La acreditación de los profesionales de enfermería en el Hospital de Motril durante el año 2013 ha sido un proceso relevante. A ello han contribuido la realización de sesiones formativas, las sesiones de cuidados, así como el apoyo de un enfermero en todo el proceso.

Se demuestra que el número de enfermeras acreditadas y número de planes de cuidados están directamente relacionadas. Por tanto, se puede confirmar que la acreditación personal de enfermas incide positivamente en el incremento del número de planes de cuidados realizados en las unidades.

BIBLIOGRAFIA

1 - Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. [Manual de Competencias de la/del Enfermera/o de Atención Hospitalaria: Hospitalización y Cuidados Especiales](#). ME 1 23 02.1. Sevilla, 2012.

2 - Asiain Erro, M C (coordinadora). La competencia profesional y la acreditación de enfermeras en el cuidado del paciente crítico. Enfermería intensiva. 2005, 16 (1).

Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/enfermeria-intensiva-142/articulo/la-competencia-profesional-acreditacion-enfermeras-13072133>

X Symposium AENTDE. Sevilla 2014.

3- Decreto 18/2007, de 23 de enero, por el que se regula el sistema de acreditación del nivel de la competencia profesional de los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla, 29 de enero 2007. BOJA núm. 21 - Página núm. 13

4 - Brea Rivero, P. Almuedo Paz, AM, de Mora Figueroa AR y Torres Olivera, A. Las mejores prácticas que promueven la seguridad en el desarrollo profesional de los enfermeros acreditados. Rev. Enferm 2011, Jul-Aug: 34 (7-8): 45-50.

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21919386>

5 - Figueiredo Manzo B., Couto Ribeiro H.C.T., Menezes Brito M.J., Alves M., Bauer Feldman L. Implicaciones del proceso de acreditación para los pacientes desde la perspectiva de los profesionales de enfermería. Enferm. glob. 2012 Ene; 11(25): 262-271.

6 - Manzo BF, Ribeiro HCTC, Brito MJM, Alves M. La enfermería en hospital en proceso de acreditación: su papel y las consecuencias en el trabajo diario. Rev. Latino-Am. Enfermagem Ene.-Feb. 2011, 20(1):[08 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es_20.pdf

ANÁLISIS DE LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS UTILIZANDO MODELO PATRONES FUNCIONALES DE GORDON

AUTOR/ES

M^a Ángeles Fernández-Rodríguez, Marina Álvarez- Quintans, Aurea Paz- Baña, Begoña Castro- Mato, Isabel Pais- Pazos, Susana García Luengo- Álvarez

INTRODUCCIÓN

El Hospital Psiquiátrico de Conxo del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, perteneciente al Área de Gestión Integrada de Santiago de Compostela, tiene 13 Unidades de Enfermería, con 325 pacientes hospitalizados con diagnósticos de enfermedades mentales severas crónicas.

Los registros de enfermería y el seguimiento evolutivo de los pacientes, se realizaban exclusivamente en soporte papel, por lo que para llevar a cabo los objetivos planteados, se diseñó, programó y realizó una acción formativa sobre el personal de enfermería.

La formación se dividió en tres fases:

- I) Formación del personal de enfermería en ofimática básica (curso de 8 horas teórico-prácticas).
- II) Formación de enfermeras en planificación de cuidados (curso de 16 horas teóricas).
- III) Formación e integración práctica de los conocimientos descritos a nivel de usuario, en un aula informática (20 horas teórico-prácticas).

El curso se impartió durante el mes de abril y mayo de 2010; en las clases, cada discente dispuso de un ordenador y realizaron casos prácticos. En la primera semana de mayo de 2010 se implantó el programa GACELA en dos Unidades Piloto donde se registraron los planes de los cuidados de enfermería.

En esta formación se elaboraron un total de 28 planes de cuidados estandarizados para pacientes de Salud Mental.

Se ha realizado un seguimiento de la implantación y un posterior análisis evaluando la utilización de la planificación de cuidados en estas unidades y analizando el tipo de plan utilizado por las enfermeras de salud mental.

Durante todo este proceso el personal era reticente a la utilización de esta herramienta de gestión de cuidados (GACELA) porque no les permitía utilizar una valoración por patrones funcionales que era el modelo que seguían. Decidimos adaptar la herramienta a la metodología utilizada ya que pensamos que sería una apuesta para facilitar el cambio.

OBJETIVO

Implantar el sistema informático de Gestión Asistencial de Cuidados que permita valorar utilizando el modelo de Patrones funcionales

Facilitar el cambio manteniendo un modelo ya utilizado por los profesionales

Adaptar la base de conocimientos incluyendo diagnósticos enfermeros necesarios en salud mental

MATERIAL Y MÉTODO

Formación un grupo de trabajo compuesto por 3 enfermeras especialistas en Salud Mental, dos enfermeras expertas en Gacela y la supervisora del Área de Salud Mental

Revisión de las etiquetas diagnósticas de NANDA para su inclusión en la Base de Conocimientos. Se validaron 125 etiquetas diagnósticas así como sus respectivas asociaciones características definitorias, objetivos y actividades.

Asociación de los factores relacionados con los diagnósticos enfermeros, objetivos y actividades para facilitar la planificación de cuidados en soporte informático

Los registros de enfermería y el seguimiento evolutivo se estaban realizando solamente en soporte papel

Consideramos que la informatización de los cuidados de enfermería, tanto estadístico como de gestión, supone una mejora con la introducción de un programa informático validado, para valorar la producción de cuidados, adecuar los recursos humanos a la red asistencial y evaluar la calidad de los cuidados. Esta reflexión, nos lleva a en enero del 2010 se realiza formación y se implementa la planificación de cuidados.

Actualmente se ha implantado en todas las unidades de enfermería con muy buena acogida por parte del personal.

RESULTADOS

En el 2010 se planificaban cuidados al 75% en una de las unidades y al 100% en la otra unidad.

En el 2011 se planificaban cuidados al 97.3% de los pacientes siendo el tipo de plan 82.5% individualizado y el 17.5% restante planes estándar específicos de Salud Mental. Dichos planes fueron realizados en los talleres de formación que se realizaron para la implantación del sistema informático en estas unidades, específicos ya que las necesidades de cuidados en Salud Mental así lo requieren

.Después de tres años post implantación (hemos consolidado la planificación de cuidados en las unidades de salud mental continua en un 100% de pacientes con plan de cuidados de los cuales el 90,24% son planes de cuidados individualizados y el 9.75% plan de cuidados estándar

CONCLUSIONES

El uso de los sistemas de información sanitaria en la planificación de cuidados facilita la actividad de los profesionales así como la unificación de los registros con lenguaje enfermero permitiendo avanzar en la gestión del cuidado en Salud Mental

Las barreras que surgen en relación a los nuevos cambios y al uso de las nuevas tecnologías son menores cuando se integra un modelo ya instaurado y se implica a los profesionales en el cambio.

BIBLIOGRAFÍA

Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. Diagnósticos Enfermeros, resultados e intervenciones. Edición 2007. Elsevier España

- Enfermería de Salud mental. Instituciones Sanitarias. Edición 2007. Editorial CEP

- Fornés Vives, J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Planes de cuidados. Editorial Médica Panamericana; 2005.

- T. Heather Herdman, PhD, RN. Nanda Internacional. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y clasificación 2009-2011.

Elsevier España, S. L. 2010.

- Documentación de OESIA de Base de Conocimientos del programa Gacela.

EL PROCESO ENFERMO, A TRAVÉS DE LAS TAXONOMÍAS, COMO HERRAMIENTA BÁSICA EN EL CUIDADO.

AUTORES

Maravillas Giménez-Fernández, Aarón Muñoz-Devesa, Jessica Rojas-Navarrete, M^a Dolores Carrillo-Izquierdo, José Manuel Hernández-Garre, Francisca Sánchez-Ayllón.

INTRODUCCIÓN

El profesional de Enfermería en su quehacer diario cuida a personas enfermas y/o sanas. Para ello se sirve del Proceso de Enfermería definido como *"... la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente, y, si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el Proceso de Enfermería debería contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible"* (1). Dicho proceso está constituido por cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

En dicho proceso se tiene que contemplar, necesariamente, a la persona desde una perspectiva holística. Analizar cómo la persona está respondiendo a la situación en la que se encuentra, de ahí que este método científico de aplicar cuidados sea el idóneo, porque en palabras de Phaneuf es sistemático, dinámico, interactivo, flexible y centrado en un modelo conceptual. Para llevar a cabo el mismo son necesarias las taxonomías NNN porque optimizan la comunicación, de ahí que mejoren la calidad de los cuidados y la seguridad del cliente.

FASE DE VALORACIÓN

La valoración es la primera parte del Proceso de Enfermería. Consiste en la obtención de datos del cliente a partir de diferentes técnicas: observación, exploración física y entrevista. Conforme se van obteniendo los datos del cliente se realiza la validación de los mismos y se registran. El registro utilizado sigue los Patrones Funcionales de Salud de Gondon (2, 3).

PATRÓN DE PERCEPCIÓN MANEJO DE LA SALUD. Motivo de ingreso: hemorragia subaracnoidea (HSA) secundaria a rotura de aneurisma e insuficiencia respiratoria. Conoce motivo de ingreso: no, su padre sí. Antecedentes: no AMC (alergias medicamentosas conocidas), no HTA (hipertensión arterial), no DM (diabetes mellitus). Tratado por dislipemia. Hábitos tóxicos: fumador de 15/20 cigarrillos al día. Tratamiento farmacológico: sueroterapia intravenosa (IV) con sedación, antieméticos, antibióticos y terapia trombolítica. Otros tratamientos: portador de sonda vesical, sonda nasogástrica, catéter venoso periférico en miembro superior derecho (MSD), vía venosa central (VVC), ventilación mecánica invasiva. Portador de medidor de PIC.

PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO. Indica el padre: "habitualmente como bien, aunque por su trabajo muchos días come fuera de casa". Tª 38,5 °C., Peso: 82 Kg. Medida: 1.80 m. IMC: 25.30, leve sobrepeso. Portador de sonda nasogástrica.

PATRÓN DE ELIMINACIÓN. Indica el padre: "no manifiesta problemas de incontinencia ni estreñimiento". Portador de sonda vesical. A la palpación abdomen blando.

PATRÓN DE ACTIVIDAD EJERCICIO. Sedación terapéutica. T.A. 120/65 mmHg. F.C. 77 lpm. Saturación de Oxígeno 93 %. Presenta alteración en gases arteriales pH 7.6, PaO₂ 59, PaCO₂ 51. Ruidos crepitantes inspiratorios en el campo anterior izquierdo, y sibilancias en los campos anteriores. Cianosis leve en labios y uñas. Abdomen blando a la palpación. Miembros inferiores (MMII) sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda (TVP). Conectado a un respirador.

PATRÓN DE SUEÑO DESCANSO. No se presentan datos el caso.

PATRÓN COGNITIVO PERCEPTUAL. Pupilas reactivas. Su padre comenta "se ha caído en casa y ha perdido la conciencia durante 30 segundos". No consciente, no orientado, no responde a estímulos dolorosos (sedado).

PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN- AUTOCONCEPTO. No presenta datos el caso.

PATRÓN ROL – RELACIONES. Profesión constructor. Vive con su padre.

PATRÓN SEXUAL – REPRODUCTIVO. No presenta datos el caso.

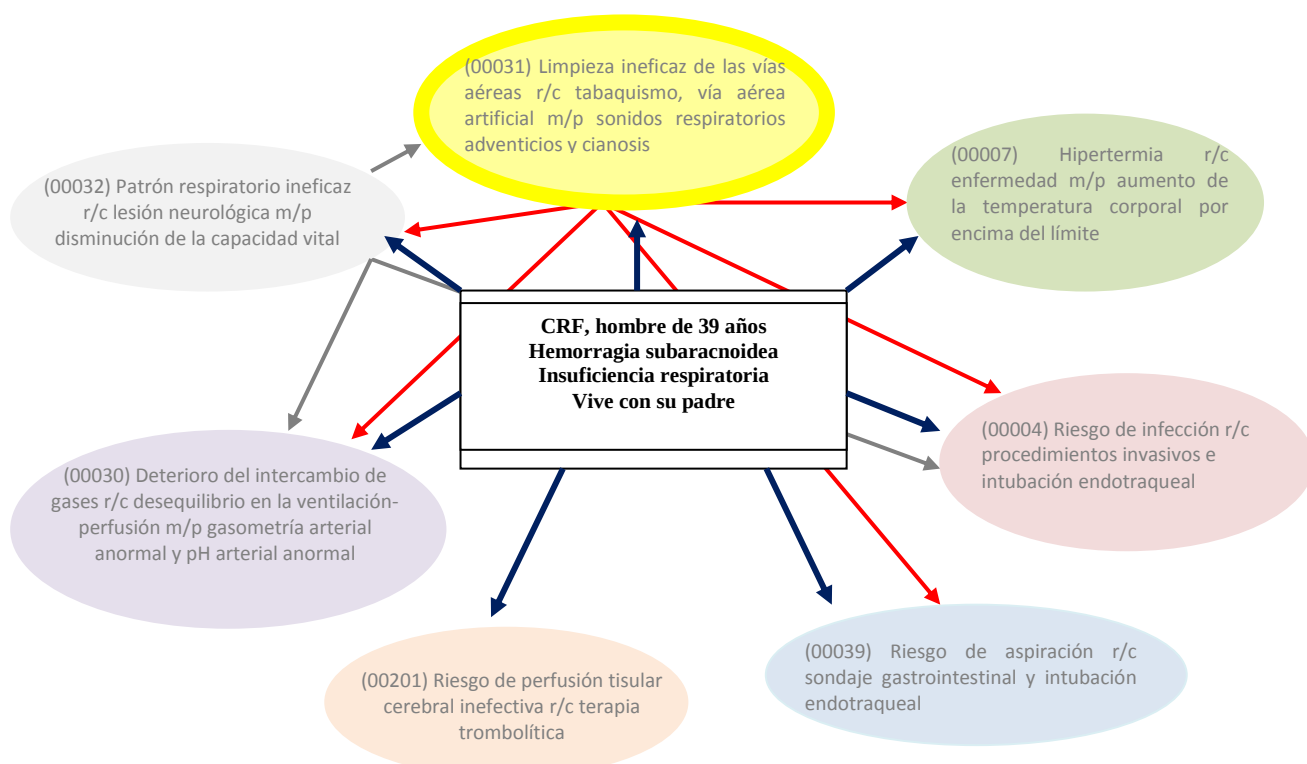
PATRÓN DE AFRONTAMIENTO – TOLERANCIA AL ESTRÉS. No presenta datos el caso.

PATRÓN DE VALORES – CREENCIAS. No presenta datos el caso.

FASE DE DIAGNÓSTICO

Una vez que se ha realizado la valoración del cliente, se procede a analizar e interpretar de forma clínica la situación del cliente. Con ello se procura llegar a un diagnóstico de enfermería; éste se define como *"un juicio clínico sobre las experiencias/respuestas de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los resultados de los que la enfermera es la responsable"*(4, 5, 6)). Además, se va a realizar una red de razonamiento clínico. De forma aquel diagnóstico que más relaciones tenga se entenderá que es el diagnóstico de enfermería principal (DxEp), ya que se entiende que resolviendo éste los otros diagnósticos desaparecerán o se podrán controlar (7).

Figura nº 1. Red de razonamiento clínico de los diagnósticos de enfermería.



Fuente. Elaboración propia basada en el Modelo AREA del Pesut & Herman (7).

JUSTIFICACION DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA PRINCIPAL

Una vez realizada la red de razonamiento clínico se puede observar que el diagnóstico de enfermería con más relaciones es el de Limpieza inefectiva de las vías aéreas r/c tabaquismo, vía aérea artificial m/p sonidos respiratorios adventicios y cianosis (00031). Con el fin de justificar por qué se ha elegido el DxEp, e indicar la importancia que tiene el mantener las vías respiratorias permeables decir que Murillo y cols., indican que la técnica de "aspiración de secreciones" puede ocasionar un efecto adverso sobre los signos neurofisiológicos pero también efectos beneficiosos. Ahora bien, en todo caso habrá que realizar el protocolo de aspiración de forma adecuada, atendiendo a la situación del cliente (8, 9). En relación la limpieza de las vías aéreas con el objetivo de prevenir el Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos, intubación endotraqueal (00004) tiene una correlación directa. Comentan Hernández et al., que existen muchos estudios que evidencian la importancia de la prevención de la neumonía en pacientes sometidos a ventilación mecánica, por lo tanto, lo que se pretende es evitar el acumulo de secreciones a este nivel (10, 11). Así mismo cabe destacar la revisión sistemática que realiza Miquel-Roig et al., en su artículo "Cuidados de enfermería en la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica". Estos analizaron un total de 20 artículos, indicando que existían las intervenciones que contaban con mayor evidencia para prevenir la neumonía asociada a ventilación (NAV) eran: el lavado bucal con clorhexidina 0,12%, la aspiración subglótica de secreciones, la posición semisentada del paciente, el hecho de evitar el cambio rutinario del circuito del respirador, y realizar el cambio del humidificador cada 48 h. Se señala que el cambio postural, en el enfermo, se realizará siempre y cuando el paciente lo tolere. Además indican que no se encuentra

evidencia científica que recomiende el uso del sistema de aspiración cerrado, la vibración y percusión como medidas para prevenir la NAV. Los resultados muestran la importancia de los cuidados de enfermería para la prevención de la NAV (12). Todo esto pone en evidencia que una limpieza eficaz de las vías aéreas podrá prevenir riesgos como el de infección y aspiración, asociado entre otras cosas, al acumulo de secreciones. Además, podrá atenuar o eliminar otros diagnósticos como el de Patrón respiratorio ineficaz r/c lesión neurológica m/p disminución de la capacidad vital (00032), Hipertermia r/c enfermedad m/p aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal (00007), y Deterioro del intercambio de gases r/c desequilibrio en la ventilación-perfusión m/p gasometría arterial anormal, pH arterial anormal (00030).

FASE DE PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS

Llegados a esta fase se deben de establecer estrategias con el fin de reforzar las respuestas de los clientes sanos, o bien, en caso de que el cliente esté enfermo ayudarle a evitar, reducir o corregir aquellas respuestas no adecuadas para el mantenimiento de su salud. La finalidad de planificar es asegurar la calidad y continuidad de los cuidados, unificar criterios sobre qué hacer y cómo actuar, proporcionar información de los objetivos y las intervenciones programadas a todo el equipo y elaboración del plan de cuidados (1, 13).

Con el fin de marcar el Resultado del DxEp se utilizará la taxonomía NOC. Es importante indicar que *"el resultado define el estado del paciente en un momento concreto y puede indicar una mejora o deterioro del estado en comparación con una valoración anterior... Cada resultado tiene un grupo de indicadores asociado que se utilizan para determinar el estado del paciente en relación al resultado..."*(14).

NOC. Estado respiratorio: intercambio gaseoso (0402). Tabla nº 1. NOC del DxEp puntuación en base a Escala Likert.

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo de consecución
Estado respiratorio: intercambio gaseoso (0402)	2	4	24 h
Escala: 1.Desviación grave del rango normal. 2 Desviación sustancial del rango normal. 3 Desviación moderada del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal.			

Fuente: Elaboración propia basada en NOC (14)

Intervenciones NIC para el Resultado NOC en base al Diagnóstico de Enfermería Principal. Con el fin de marcar las Intervenciones para conseguir el Objetivo previamente marcado, se utilizará la taxonomía NIC. Se define Intervención de enfermería como *"todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos, dirigidos a la persona, la familia y la comunidad, como tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería, médicos y otros proveedores de cuidados"*(15, 16).

Monitorización respiratoria (3350)

Aspiración de las vías aéreas (3160)

Manejo de la ventilación mecánica: invasiva (3300)

Manejo de las vías aéreas artificiales (3180)

FASE DE EJECUCIÓN

La Ejecución es "el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos. La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados... Las fases de la ejecución son preparación, intervención y documentación"(1).

FASE DE EVALUACIÓN

La Evolución se lleva a cabo cuando, dentro del Proceso de Enfermería, se compara el estado de salud del cliente alcanzado con los objetivos definidos, previamente, por el profesional de enfermería. Será el profesional quien determine si se debe modificar o no el plan de cuidados, si se debe continuar o finalizar (1).

NOC. Estado respiratorio: intercambio gaseoso (0402)

Tabla nº 2. Evaluación mediante el Noc del DxEp en base a la Escala Likert

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Resultado/Alcanzada	Tiempo de consecución
Estado respiratorio: intercambio gaseoso (0402)	2	4	3	24 h
Escala: 1.Desviación grave del rango normal. 2 Desviación sustancial del rango normal. 3 Desviación moderada del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal.				

Fuente: Elaboración propia basada en NOC (14)

REFLEXIÓN

La respuesta del paciente ante las primeras actuaciones en cuanto al diagnóstico no han sido favorable, por lo que se ha tenido que valorar dos semanas más tarde para que existiera una aproximación al objetivo diana. En cambio, si se ha obtenido mejora en la primera semana en los objetivos de los Problemas de colaboración. Tras finalizar el periodo de prácticas, el paciente continúa ingresado, por lo que se deberá de volver a evaluar en una semana

BIBLIOGRAFÍA

1. Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3ª edición. México: McGrawHill Interamericana; 1997.
2. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10ª ed. Madrid: Elsevier; 2003.

3. Fundación para el desarrollo de la Enfermería. Valoración enfermera estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. Madrid: FUDEN; 2006.
4. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.
5. Ministerio de Sanidad y Política Social. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.
6. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 7ª edición. Barcelona: Elsevier Masson; 2006.
7. Pesut D, Herman J. Clinical reasoning: the art and science of critical and creative thinking. Nueva York: Delmar publishers; 1999.
8. Murillo A, Cornejo-Bauer C, Torrente S. Protocolo de aspiración endotraqueal en pacientes con trauma craneal. Enfermería intensiva, Vol. 13 (3), 2002: 99-106.
9. Velasco Hidalgo P. Broncoaspirado. En Parra Moreno ML, Arias Rivera S, Esteban de la Torre A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Barcelona: Masson; 2003.
10. Hernández P G, Dalmazzo A R, De la Cerda S G, Saavedra MC, Calvo A M. Prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica. Rev. chil. infectol. [revista en la Internet]. [citado 2013 Jul 30]. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182001018200004&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182001018200004>
11. Hospital Universitario Reina Sofía. Aspiración de secreciones orofaríngeas y traqueales. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/d3_aspiracion_secreciones.pdf
12. Miquel-Roig C, Picó-Segura P, Huertas-Linero C, Pastor-Martínez M. Cuidados de enfermería en la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica. Revisión sistemática. Enfermería Clínica 2006; 16(5): 244-252.
13. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. 3ª edición. Madrid: Harcourt Brace; 1998.
14. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson, E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud.(5ª ed.). Barcelona: Elsevier; 2014.
15. Bulechek GM, Butcher K, Dochterman, JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). (6th ed.). Barcelona: Elsevier; 2014.

16. Rifá Ros R, Vila Gimeno C. Atención de enfermería al paciente que precisa ventilación mecánica. En Rifá Ros R, Olivé Adrados C, Lamoglia Puig M. Lenguaje NIC para el aprendizaje teórico-práctico en enfermería. Barcelona: Elsevier; 2014.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MÁS PREVALENTES EN PACIENTES AMPUTADOS DIABÉTICOS

AUTOR/ES

Óscar Gómez-Jorge, Pilar Porras-Cubiles, M^a Mar Azogil-Suarez, Amelia Ramos-González Serna, M^a Ángeles Velazco-Sánchez, Pilar Zamorano-Imbernon

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) es un problema de salud de gran impacto sanitario y social que presenta complicaciones crónicas importantes por su frecuencia y repercusión. Así destacan las de tipo cardiovascular, incluida arteriopatía periférica, o las neuropáticas con afectación neurológica de miembros inferiores, con riesgo de evolución a pie diabético, entendiendo como tal la lesión y/o ulceración en el pie, de base etiopatogénica neuropática, con o sin componente de isquemia y con o sin desencadenante traumático previo.

La neuropatía diabética es la complicación más frecuente de la DM, presentando una prevalencia global en España del 24%, aunque puede elevarse hasta el 40% según la edad y el tiempo de evolución de la enfermedad. Casi el 30% de las personas con diabetes mayores de 40 años sufren falta de sensibilidad en los pies (al menos en una zona). Los casos graves de enfermedad neuropática en personas con diabetes constituyen una de las causas principales de la amputación de los miembros inferiores. El riesgo que tiene un paciente diabético de sufrir una amputación de la extremidad inferior es de 20 a 40 veces superior al que tiene una persona sin diabetes. La tasa de amputación para los hombres con diabetes es de 1,4 a 2,7 veces mayor que la de las mujeres. En Andalucía se estimó una tasa bruta de 3-4 amputaciones de MMII por cada 1000 personas con diabetes en el periodo 2000-2006, lo que viene a ser coincidente con las cifras publicadas en otros entornos como EEUU donde se ha pasado de 13 a 30 amputaciones por 100.000 habitantes en las dos últimas décadas.

A pesar del convencimiento de que la prevención y un correcto tratamiento reducen la incidencia de úlceras y la probabilidad de amputación de MMII, según refieren publicaciones recientes, muchos pacientes todavía no mantienen unos conocimientos del proceso de enfermedad y unos auto cuidados adecuados, describiéndose tasas de amputaciones elevadas en pacientes diabéticos, a pesar de considerarse la amputación como marcador de mala calidad en la atención a las personas con diabetes y de un mal indicador pronóstico y de calidad de vida.

Es poca la literatura que describe el perfil del paciente amputado y en la mayoría de los casos se limita a indicar la distribución por sexos, con predominio en varones; la edad entorno a los 65 años; el tipo de diabetes con predominio de la tipo 2, entre 5 y 25 años de evolución. Otros estudios abundan en el perfil en cuanto a conocimientos del proceso que es escaso en relación al seguimiento en consultas, control de glicemias y cuidados de los pies. Estudios recientes describen las principales complicaciones presentes en diabéticos amputados, siendo la predominante la neuropatía periférica, a

la que achacan más del 60% de las amputaciones de MMII en diabéticos. La mortalidad tras 5 años de la amputación de una pierna en diabéticos tipo 2 oscila entre un 40 y un 80%.

Asimismo no está disponible en la literatura consultada un perfil del paciente diabético amputado en relación a las alteraciones de patrones funcionales de salud más frecuentes, a los diagnósticos enfermeros con taxonomía NANDA más prevalentes, al conjunto de intervenciones NIC desarrolladas por las enfermeras con este grupo de pacientes y de los criterios de resultados NOC que emplean para valorar la efectividad de las intervenciones citadas. Se ha de tener en cuenta que una de las características fundamentales del proceso de amputación de un paciente diabético es el alto nivel de dependencia que genera en la persona, especialmente durante la fase aguda del proceso en las que el paciente y su familia están intentando desarrollar estilos de afrontamientos que les permitan asimilar con garantías la nueva situación vital. Este perfil del diabético amputado podría resultar interesante tanto en el previo a la intervención de amputación (momento del ingreso en la UGC de Vascular) como de su evolución a lo largo del proceso de enfermedad en la fase hospitalaria y de atención por las enfermeras de familia como elemento de apoyo para la identificación de problemas de enfermería y la individualización y especificidad de los planes de cuidados del paciente diabético amputado.

Por tanto sería conveniente poder disponer de un perfil ampliado del paciente diabético amputado, en el que poder basarse para el diseño de intervenciones de educación para la salud o de apoyo psicosocial encaminadas al último de los niveles en los que se actúa (1. En la promoción de la salud; 2. En la prevención de los problemas de salud; 3. En el tratamiento de dichos problemas.) En este último nivel está incluida la adaptación al nuevo estado de salud post-enfermedad o a lo que se denomina reinserción a su entorno próximo y conocido tras pasar el proceso de la enfermedad.

OBJETIVO

Conocer en una población de diabéticos amputados, cual es el proceso de atención de enfermería mantenido en la fase de hospitalización para amputación, incluyendo diagnósticos NANDA, intervenciones NIC y criterios de resultados NOC, desde el ingreso hasta la transición a atención primaria de salud.

MATERIAL Y METODOS

Estudio observacional descriptivo y retrospectivo con una muestra de 59 historias clínicas de pacientes amputados diabéticos ingresados en la unidad de gestión clínica de angiología y cirugía vascular en el periodo 2011-2012.

La unidad de gestión clínica (UGC) de Angiología y Cirugía Vascular de Virgen del Rocío en 2011 realizó 67 amputaciones de MMII.

La población objeto de estudio la componen pacientes diabéticos tipo I o II, que ingresan en la unidad citada para amputación de miembro inferior, que cumpla los siguientes criterios:

-Historias codificadas con CIE-9: Diabetes, amputación.

-Ingresados para primera amputación supracondilea o infracondilea de miembro inferior.

Se excluyeron aquellos pacientes que previamente habían sido sometidos a amputación de miembro inferior.

Del servicio de documentación clínica nos facilitaron 103 historias clínicas según los criterios de codificación CIE-9 de las cuales 59 coincidían con los criterios de inclusión y exclusión que estábamos valorando.

De cada historia clínica se realiza una valoración del plan cuidados estandarizado implementado (PCE).

En la UGC se utilizaban en ese periodo de estudio tres planes de cuidados estandarizados:

-PCE paciente de cirugía vascular.

-PCE subproceso pie diabético

-PCE paciente con síndrome isquémico crónico.

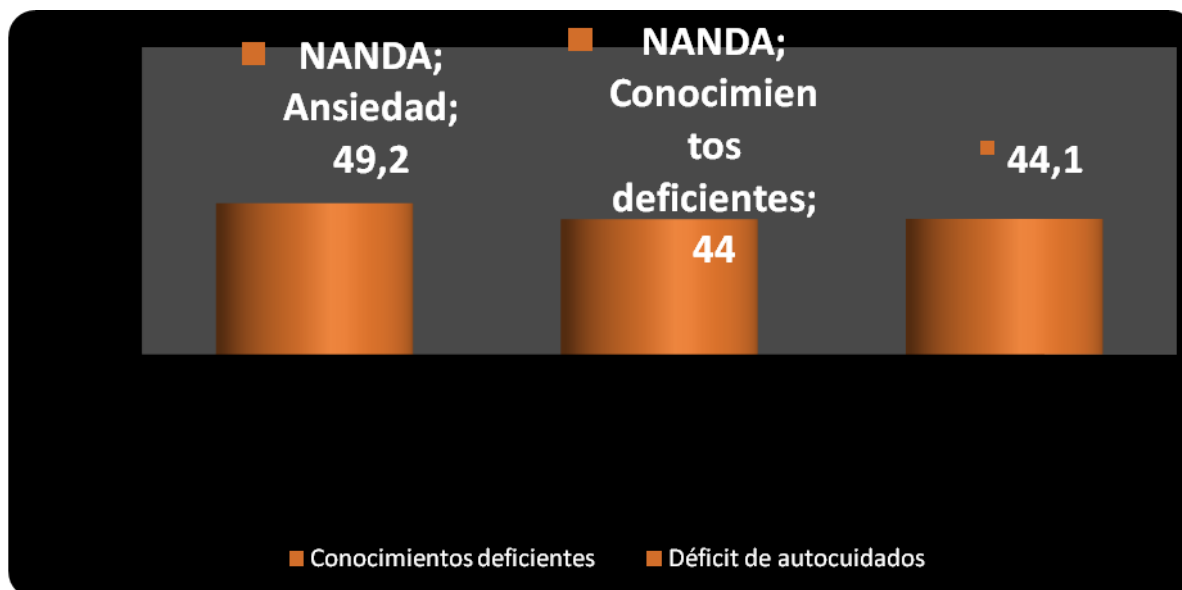
Cada PCE incluye diagnósticos enfermeros con la taxonomía NANDA, intervenciones relacionadas con los diagnósticos según la taxonomía NIC y criterios de resultados con los indicadores más prevalentes según la taxonomía NOC.

Elaboramos una tabla de recogida de datos donde figuraban los diagnósticos, las intervenciones y los criterios de resultados que se encontraban reflejados en los PCE que estaban vigentes en ese periodo en nuestra unidad en formato papel.

RESULTADOS

Interrelación entre las tres taxonomías NANDA NIC NOC más prevalentes

NANDA	NIC	NOC
00146 Ansiedad 49,2%	7310 Cuidados de enfermería al ingreso 45,8%	1402 Autocontrol de la ansiedad 44,1%
00126 Conocimientos deficientes 44%	5612 Enseñanza actividad/ejercicio prescrito 32,2%	1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad 35,6%
00102, 00108, 00109, 00110 déficit de autocuidados 44,1%	1803, 1804, 1801, 1806, 1802 Ayuda con los autocuidados 44,1%	0300 Autocuidados: Actividades de la vida diaria 45,8%



CONCLUSIONES

El conocimiento de estas taxonomías facilita la coordinación de cuidados y disminuye la variabilidad en la práctica clínica. Nos ha permitido la elaboración de un nuevo plan de cuidados donde quedan reflejadas las NANDA, NIC, NOC más prevalentes del paciente amputado diabético. Todo este proceso de recogida de datos y definición del perfil enfermero del paciente, forma parte de un proyecto de investigación donde se hace necesario conocer en qué situación nos encontramos para realizar una intervención educativa en el paciente para con ello evitar una segunda amputación en la medida de lo posible y de esta manera fomentar la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Diosdado M. II Plan integral de diabetes de Andalucía 2009-2013. Junta de Andalucía. Consejería de Salud 2009
- Santos I, Ramos C, Vieira O, Galindo de G. Amputaciones por pie diabético en pacientes hospitalizados de la ciudad de Recife- Brasil según la procedencia. Revista Nursing -Bra-. 2011 13(152): 48-52
- 104. Schaper NC, Apelqvist J, Bakker K. Reducing lower leg amputations in diabetes: a challenge for patients, healthcare providers and the healthcare system. Diabetologia. 2012 Jul; 55(7): 1869-72.
- Ramos Viera Santos IC, Barro Silva AC, Paula Silva A. Conductas preventivas en la asistencia básica y amputación de extremidades inferiores en pacientes con pie diabético. Rev. Rene. Fortaleza, v. 9, n. 4, p. 40-48, out./dez.2008
- Abdullah M Al-Wahbi. Impact of a diabetic foot care education program on lower limb amputation rate. Vascular Health and Risk Management 2010: 6 923–934

NECESIDADES PSICOSOCIALES DE LAS PERSONAS MAYORES EN ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTOR/ES

Miriam González-Suárez, P. Ruymán Brito-Brito, Rosario Hernández-Martín, Eneida Palmero-Tomé.

PALABRAS CLAVE

Persona mayor, Atención Primaria, Necesidades psicosociales, Diagnóstico enfermero psicosocial.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes crónicos que acuden a los centros de Atención Primaria presentan problemas psicosociales que muchas veces están infradiagnosticados (1). Existe una clara relación de la edad con las enfermedades crónicas y con la utilización de los recursos sociosanitarios. En la Encuesta Nacional de Salud Española, desde la de 2006 hasta la de 2012, se evidencia que hay una media de 2,8 problemas o enfermedades crónicas en las personas entre 65 y 74 años de edad, alcanzando un promedio de 3,23 enfermedades crónicas en los mayores de 75 años (2). Para este grupo de personas mayores, los problemas psicosociales inciden notoriamente en su perfil de fragilidad (1). Emplear lenguajes enfermeros estandarizados, en particular diagnósticos dentro del área psicosocial, permite visibilizar estas necesidades haciendo posible la planificación de intervenciones que resulten eficaces en su resolución o alivio. "Las personas, tanto en su esfera individual como social, son el centro del Sistema Nacional de Salud: La atención centrada en las personas exige que los sistemas sanitarios pasen de estar enfocados hacia la enfermedad, de forma reactiva, a orientarse hacia la atención proactiva de las necesidades de la población en su conjunto y de cada individuo en particular" (3).

OBJETIVOS

Conocer las necesidades psicosociales de personas mayores que acuden a consulta enfermera en la Zona Básica de Salud de Laguna Mercedes, Área de Tenerife.

Analizar las asociaciones entre características sociodemográficas y clínicas de dichos pacientes y los diagnósticos enfermeros psicosociales, así como entre los propios etiquetados diagnósticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo transversal de corte epidemiológico-analítico, centrado en el conocimiento de las necesidades aplicando el Cuestionario para el diagnóstico enfermero Psico-Social (CdePS) (4) en las personas mayores que acuden a las consultas de enfermería de Atención Primaria de la Zona Básica de Laguna-Mercedes, en el Área de Salud de Tenerife.

Como criterios de inclusión, tener 65 o más años y de exclusión, padecer trastornos mentales de consideración, deterioro cognitivo y/o problemas de comunicación verbal que impidan responder a la valoración enfermera. Se solicita la aprobación del Comité Ético del Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria y permiso a la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife detallando las características del

proyecto de investigación y pidiendo la colaboración para su desarrollo en la fase de campo mediante la participación de un grupo de enfermeras asistenciales.

El cálculo del tamaño muestral se realizó en función de la población incluida en los cupos de la Zona Básica de Salud a estudio. La media de población de personas de 65 o más años adscritas a cada cupo en la zona era de 252 según explotación de datos del programa de historia clínica informatizada *Drago AP*, realizada en marzo de 2013. Para un tamaño de población de 1000 pacientes ancianos, que correspondería aproximadamente a cuatro cupos de enfermería de la zona, una muestra de 278 sería suficiente para obtener un margen de error del 5% con intervalos de confianza del 95%. Todas las pruebas son bilaterales y realizadas al 0,05 de significación alfa con ayuda del paquete estadístico SPSS v.20.0 para ordenador personal.

Procedimiento: Los pacientes son elegidos, mediante muestreo aleatorio, de cada una de las cuatro agendas diarias de enfermería. A los dos primeros que cumplieran criterios de inclusión se les propone participar. Si no aceptan se propone al siguiente paciente del listado. Este método es consensuado en una reunión de equipo realizada antes del comienzo del estudio.

Para la fase de campo se elabora un cuaderno que incluye datos sociodemográficos y clínicos: edad, sexo, estado civil, convivientes en domicilio familiar, percepción de apoyo familiar (suficiente o insuficiente), ser o tener cuidador principal, ingresos económicos familiares mensuales y percepción como suficientes o insuficientes, pluripatología, polimedicación, discapacidad física, problemas de salud mental (ansiedad/depresión) y su tratamiento, frecuentación al centro de salud (enero/diciembre 2013). Además, se procede a la administración del Índice de comorbilidad de Charlson (5), el CdePS y el test de Barber (6).

El primero de ellos está diseñado para predecir la mortalidad a largo plazo en función de las patologías crónicas asociadas. En general, considera: Ausencia de comorbilidad: 0-1 puntos; Comorbilidad baja: 2 puntos; Comorbilidad alta: 3 o más puntos.

El CdePS es un cuestionario que facilita el enunciado de diagnósticos enfermeros psicosociales. Puede administrarse a pacientes adultos de cualquier edad que no tengan problemas para comunicarse y que no padezcan de retraso mental, demencia, trastornos amnésicos o psiquiátricos de gravedad como delirium, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, bipolares, disociativos o de personalidad. Facilita el enunciado de hasta 28 etiquetas diagnósticas psicosociales agrupadas en seis dimensiones. Está compuesto por 61 ítems cuyas escalas de respuesta son de tipo Likert, con cuatro anclajes, y dicotómicas. Se indican diez saltos de preguntas según las respuestas del paciente, siendo 36 el bloque mínimo de ítems a cumplimentar.

El test de Barber es una escala autoadministrada para población urbana utilizada para la detección de riesgo de dependencia en ancianos. Consta de 9 ítems con respuesta dicotómica verdadero-falso. Una o más respuestas afirmativas sugieren riesgo de dependencia.

Para el análisis de datos, se describen las variables nominales con las frecuencias relativas de sus categorías, las ordinales o aquellas que no siguen una distribución normal, con mediana (P5-P95) y las de distribución normal, con media aritmética (DE). Para obtener comparaciones entre variables se escoge una y se compara con dos grupos o más, mediante determinadas pruebas estadísticas que varían en función de cada variable elegida: nominales empleando la Chi2 de Pearson; ordinales mediante la U de Mann-Whitney y escalares normales con t de Student. Para analizar relaciones simples entre variables escalares se utilizó la r de Pearson.

RESULTADOS PARCIALES

La muestra obtenida hasta el momento (octubre/diciembre 2013) es de 54 pacientes con edades comprendidas entre 65 y 96 años, siendo la media de 77,4(5,9) años. 19 hombres (35,2%) y 35 mujeres (64,8%). 53,7% casados, 40,7% viudos y 5,6% solteros. 24,1% viven solos, 61,1% con otra persona y 14,8% con más de una. Un 83,3% cuenta con apoyo familiar suficiente mientras que un 16,7% lo considera insuficiente. El 22,2% es cuidador principal y el 9,3% tiene cuidador. Los ingresos económicos mensuales están entre 600 y 3000 euros, con una media de 1029,1(652,6) euros. El 40,7% refiere ingresos insuficientes. El 81,5% es pluripatológico y 74,1% están polimedicados. Padece discapacidad física el 9,3%. El 22,4% están diagnosticados de problemas de salud mental (depresión y/o ansiedad) con un 50% de ellos en tratamiento. El número de visitas anuales al centro de salud es de 13(4,8-61,5). Un 75,9% de los pacientes sin comorbilidad, el 16,7% comorbilidad baja y un 7,4% comorbilidad alta. El 94,4% de los mayores tiene algún riesgo de dependencia. Los etiquetados psicosociales más frecuentes fueron: Duelo (35,2%), Temor (33,3%), Riesgo de soledad (33,3%), Riesgo de impotencia (31,5%), Riesgo de duelo complicado (25,9%) y Aislamiento social (20,4%). Y los menos frecuentes: Baja autoestima situacional (1,9%), Deterioro de la interacción social (3,7%) y Sufrimiento espiritual, Baja autoestima crónica, Aflicción crónica y Desesperanza (5,6%)(Gráfico 1). El número medio de etiquetas psicosociales asignadas fue de 3(0-11,3).

Presentaron más problemáticas psicosociales las mujeres, cuidadoras, dependientes, sin apoyo familiar, con ingresos económicos mensuales bajos y con problemas mentales diagnosticados (ansiedad y/o depresión). En concreto el Temor se encontró asociado al género femenino, 45,7% frente a un 10,5% en hombres. Los bajos ingresos económicos mostraron asociación con la Desesperanza y el Riesgo de impotencia. Puntuaciones mayores de comorbilidad se asociaron con el Afrontamiento ineficaz, Estrés por sobrecarga y Baja autoestima crónica. Los pacientes con riesgo de dependencia presentaron más Manejo inefectivo del régimen terapéutico, Mantenimiento ineficaz de la salud, Afrontamiento ineficaz, Temor, Baja autoestima crónica, Síndrome de estrés-ansiedad y Trastorno de la Imagen Corporal. Aquellos que acudieron con mayor frecuencia al centro de salud mostraron más Afrontamiento ineficaz, Impotencia, Baja autoestima crónica, Soledad, Síndrome estrés-ansiedad y Trastorno de la imagen corporal. Los pacientes con Riesgo de cansancio del rol de cuidador acudieron menos veces al año al centro de salud (Tabla 1). Además, se encontraron 128

asociaciones entre los etiquetados diagnósticos asignados a los pacientes utilizando el CdePS (Tabla 2).

DISCUSIÓN

Los datos sociodemográficos y clínicos fueron seleccionados en base a las características de los pacientes con edad avanzada. Con el envejecimiento existe mayor probabilidad de patología crónica, pluripatología, dependencia, polimedicación, discapacidad, sensación de falta de apoyo, soledad y pérdida de la familia así como del rol social (jubilación) (7, 8). El índice de Charlson fue utilizado sólo para el cálculo de comorbilidad, dado que la predicción de la mortalidad, otro dato que aporta este cuestionario, no nos pareció relevante estudiarlo en nuestra muestra. Por su similitud con las características establecidas por el Servicio Canario de la Salud para definir a la Persona Mayor de Riesgo (9) se pasó el test de Barber. Debido a las particularidades del mismo, casi la totalidad de la muestra presenta riesgo de dependencia pudiendo clasificarlas también como personas mayores de riesgo. Como posible debilidad del estudio, no se ha considerado la dependencia mediante la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria o las instrumentales (10). Los resultados del CdePS indican, con la muestra reclutada hasta el momento, que las necesidades psicosociales más frecuentes se dan en relación al duelo y la pérdida, la soledad y el aislamiento social, coincidiendo con otros estudios realizados (8, 10). Debido al tamaño de la muestra no es posible compararlos, debiendo acabar la recogida total de datos para poder afirmar con mayor precisión lo anteriormente expuesto.

CONCLUSIONES

Longevidad, pluripatología, comorbilidad, polimedicación, dependencia y escasos recursos económicos son características del perfil del paciente que acude frecuentemente a las consultas de Atención Primaria. Este perfil hace que nos replanteemos los cuidados prestados, que advirtamos necesidades psicosociales y, en sí, recapacitemos sobre el propio papel de la enfermera para dar respuesta a esos problemas. Esto expone en cierta medida, la urgencia de formación de los profesionales en este área siendo imprescindible para un mejor abordaje y orientación tanto del paciente como de las familias (11).

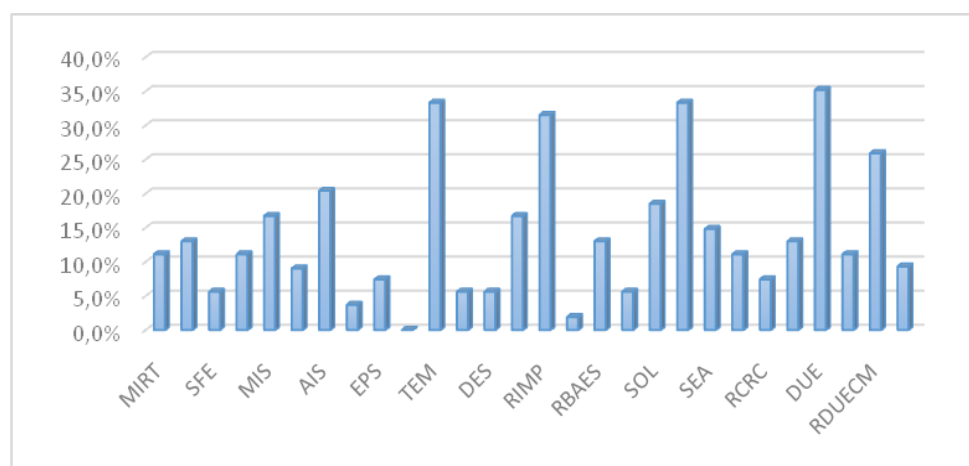
BIBLIOGRAFÍA

1. Brito Brito PR, Rodríguez Álvaro M, Toledo Rosell, C. Problemas NANDA del dominio psicosocial más frecuentes en Atención Primaria. ENE. Revista de Enfermería. 2009; 3(1).
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2012, pág. 37.

4. Brito Brito PR, Rodríguez Álvaro M, García Hernández AM, Hernández Pérez R, Sicilia Sosvilla I, Aguirre-Jaime A y Grupo CdePS. El Cuestionario para el diagnóstico psico-social enfermero, CdePS. Qué es y cómo se utiliza. ENE. Revista de Enfermería. Ago. 2012; 6(2).
5. Charlson M, Szatrowski TP, Peterson J, et-al. Validation of a combined comorbidity index. J Clin Epidemiol. 1994; 47: 1245-51.
6. Larizgoitia A, Larizgoitia I. Adaptación en nuestro medio de una encuesta para la detección de ancianos con riesgo de dependencia. Rev. Gerontol, 1996; 6: 224-31.
7. Millan Calenti, JC. Principios de Geriátría y Gerontología. McGraw-Hill Interamericana de España, S.A. 2006.
8. Fernández Brañas, S, Almuiña Güemes, M, Alonso Chil, O, Blanco Mesa, B. Factores psicosociales presentes en la tercera edad. Rev Cubana Hig Epidemiol 2001; 39(2): 77-81
9. Servicio Canario de la Salud. Guía de Actuación en las Personas Mayores en Atención Primaria. Gobiernos de Canarias. Consejería de Sanidad y Consumo. 2º Edición. 2002.
10. Casas F, GonzálezM, SendersG, AymerichM, Domingo A y del ValleA. Indicadores sociales y psicosociales de calidad de vida de las personas mayores en un municipio. Intervención Psicosocial, 2001, Vol. 10, N.º 3, págs. 355-378.
11. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Capítulo 3. Atención Primaria: dar prioridad a la persona. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf

ANEXOS

Gráfico 1. Frecuencia etiquetados CdePS.



MIRT: Manejo inefectivo del régimen terapéutico; IT: Incumplimiento del tratamiento; SFE: Sufrimiento espiritual; SFM: Sufrimiento moral; MIS: Mantenimiento ineficaz de la salud; AFI: Afrontamiento ineficaz; AIS: Aislamiento social; DIS: Deterioro de la interacción social; EPS: Estrés por sobrecarga; ANS: Ansiedad; TEM: Temor; AFC: Aflicción crónica; DES: Desesperanza; IMP:

Impotencia; RIMP: Riesgo de impotencia; BAES: Baja autoestima situacional; RBAES: Riesgo de baja autoestima situacional; BAEC: Baja autoestima crónica; SOL: Soledad; RSOL: Riesgo de soledad; SEA: Síndrome de estrés-ansiedad; CRC: Cansancio del rol de cuidador; RCRC: Riesgo de cansancio del rol de cuidador; DAR: Déficit de actividades recreativas en cuidadores; DUE: Duelo; DUECOM: Duelo complicado; RDUECM: Riesgo de duelo complicado; TIC: Trastorno de la imagen corporal.

Tabla 1. Asociaciones entre etiquetados CdePS y características sociodemográficas-clínicas de los pacientes.

	Ser mujer	Bajos ingresos	Mayor morbilidad	Riesgo dependencia	No dependencia	Más visitas al centro de salud	Menos visitas al centro de salud
MIRT				.			
MIS				.			
AFI			.	.		.	
EPS			.				
TEM	.			.			
DES		.					
IMP						.	
RIMP		.					
BAEC			.	.		.	
SOL						.	
SEA				.		.	
RCRC					.		.
TIC				.		.	

Las asociaciones señaladas son estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$.

MIRT: Manejo inefectivo del régimen terapéutico; MIS: Mantenimiento ineficaz de la salud; AFI: Afrontamiento ineficaz; EPS: Estrés por sobrecarga; TEM: Temor; DES: Desesperanza; IMP: Impotencia; RIMP: Riesgo de impotencia; BAEC: Baja autoestima crónica; SOL: Soledad; SEA: Síndrome de estrés-ansiedad; RCRC: Riesgo de cansancio del rol de cuidador; TIC: Trastorno de la imagen corporal.

Tabla 2. Asociaciones entre etiquetados CdePS.

	MIRT	IT	SFE	SFM	MIS	AFI	AI	DIS	EPS	ANS	TEM	AFC	DES	IMP
MIRT														
IT	0,407													
SFE														
SFM			0,686											
MIS	0,434	0,354												
AFI					0,384									
AI	0,391													

DIS	0,512													
EPS				0,427	0,330		0,442	0,446						
ANS									0,366					
TEM				0,382	0,339			0,269						
AFC	0,295			0,290			0,424	0,356	0,463	0,418	0,516			
DES					0,362									
IMP	0,280			0,327	0,425			0,299	0,535			0,432		
RIMP	0,296	0,273		0,280			0,306	0,269	0,510			0,389		
BAES				0,350	0,449	0,268			0,387	0,555	0,423	0,282	0,315	
RBAES				0,316					0,541					0,293
BAEC				0,358	0,445	0,275			0,388	0,556	0,426	0,290	0,323	
SOL	0,326	0,286		0,307					0,427	0,295		0,288		
RSOL	0,332								0,415			0,373		
SEA								0,289				0,467		
CRC			0,429	0,625			0,274		0,481		0,402	0,290		0,358
RCRC			0,353	0,489			0,314	0,294	0,421			0,298		
DARC			0,388	0,565					0,312			0,278		
DUE														
DUECOM	0,424			0,302			0,348	0,276	0,449	0,344	0,336	0,421		0,334
RDUECM	0,406			0,293			0,376	0,318	0,482	0,326	0,340	0,397		0,305
TIC							0,389	0,522						
	RIMP	BAES	RBAES	BAEC	SOL	RSOL	SEA	CRC	RCRC	DARC	DUE	DUECOM	RDUECOM	TIC
RIMP														
BAES														
RBAES														
BAEC														
SOL			0,283											
RSOL	0,286													
SEA		0,531		0,532										
CRC	0,296		0,316											
RCRC			0,320			0,271								
DARC			0,271											
DUE														
DUECOM	0,365	0,315	0,366	0,313	0,404	0,323	0,372							
RDUECM	0,330	0,310	0,419	0,309	0,451	0,360	0,352							
TIC					0,333	0,345								

Sombreados en gris: no se considera la asociación por estar compuestas ambas etiquetas de ítems comunes o por ser etiquetas condicionales.

MIRT: Manejo inefectivo del régimen terapéutico; IT: Incumplimiento del tratamiento; SFE: Sufrimiento espiritual; SFM: Sufrimiento moral; MIS: Mantenimiento ineficaz de la salud; AFI: Afrontamiento ineficaz; AIS: Aislamiento social; DIS: Deterioro de la interacción social; EPS: Estrés por sobrecarga; ANS: Ansiedad; TEM: Temor; AFC: Aflicción crónica; DES: Desesperanza; IMP: Impotencia; RIMP: Riesgo de impotencia; BAES: Baja autoestima situacional; RBAES: Riesgo de baja autoestima situacional; BAEC: Baja autoestima crónica; SOL: Soledad; RSOL: Riesgo de soledad; SEA: Síndrome de estrés-ansiedad; CRC: Cansancio del rol de cuidador; RCRC: Riesgo de cansancio del rol de cuidador; DAR: Déficit de actividades recreativas en cuidadores; DUE: Duelo; DUECOM: Duelo complicado; RDUECM: Riesgo de duelo complicado; TIC: Trastorno de la imagen corporal.

	Valor de la Rho		de	Spearman		(fuerza	de		asociación):
	0,50 o mayor		Entre	0,49 y 0,40		Entre	0,39 y 0,30		Menor de 0,30

INFORMES DE CUIDADOS EN UNA HOSPITALIZACIÓN DE DÍA MEDICO-QUIRÚRGICA: USO DE FORMATOS PRECUMPLIMENTADOS

AUTOR/ES

Francisco Tacón-Reina, Juan Pedro Oliva-Contero, María Teresa Serrano-Catena, María José Rita-Acosta, Estefanía Peña-Romero

Hospital de Alta Resolución de Utrera.

PALABRAS CLAVE

Enfermería, diagnósticos, informe, cuidados

INTRODUCCIÓN

En la presente comunicación expondremos nuestra experiencia en la implantación de nuevos informes de cuidados de enfermería (en adelante ICE) en sustitución de los antiguos informes de continuidad de cuidados (en adelante ICC) en la unidad de hospitalización médico-quirúrgica del Hospital de Alta Resolución de Utrera.

El ICC es el informe que enfermería emitía al alta del paciente. Para ellos se adoptó una clasificación en tres niveles dependiendo del destinatario del mismo. El nivel I está destinado a informar al paciente sobre qué cuidados se le han proporcionado, y orientarlo sobre los autocuidados que debe aplicarse. En el nivel II y III va destinado a otro profesional, en el segundo caso con carácter preferencial (enfermera gestora de casos).

La necesidad de realizar este cambio en los informes surge por la publicación el 16 de septiembre de 2010 en BOE del Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. La ley, en su anexo VII, expone cuales son los datos mínimos que deben aparecer en el informe de cuidados de enfermería. La ley es bastante explícita en cuanto a los datos referentes al proceso asistencial, haciendo alusión directa a la nomenclatura y taxonomías a utilizar en los informe. Concretamente se refiere a:

- Diagnósticos resueltos y diagnósticos activos al alta, formulados con el texto literal de la NANDA más el código.
- Resultados de enfermería, formulados con el texto literal NOC más código.
- Intervenciones de enfermería, formulados con el texto literal NIC más código.

Además de estos datos mínimos relacionados directamente con las taxonomías también debe aparecer en los informes el modelo de referencia utilizado, en nuestro caso el de Virginia Henderson, y los datos más relevantes de la última valoración realizada.

El Hospital de Alta Resolución de Utrera atiende una población de 56.000 habitantes de la campiña sevillana, cuenta con un servicio de consultas, urgencias, quirófanos de CMA y planta de hospitalización destinada en un 80% a hospital de día médico-quirúrgico. El período de implantación de los ICE en todo el centro hospitalario fue de un año, realizándose de forma progresiva en cada unos de los servicios desde dónde enfermeras y enfermeros emitían ICC, entre ellas el hospital de día.

OBJETIVOS

Ante este cambio en la normativa legal nos planteamos los siguientes objetivos para proceder a la implantación de los nuevos informes.

Identificar las categorías diagnósticas y problemas de colaboración con mayor prevalencia en la hospitalización de día. Llegamos a la conclusión de que un alto porcentaje de las categorías diagnósticas eran complicaciones potenciales o problemas de colaboración. Para ello fue vital tener presente el modelo enfermero adoptado (catorce necesidades de Henderson) y que la hospitalización en raras ocasiones superaba las 24 horas.

Crear nuevos informes de cuidados con el mínimo de datos contemplados en el decreto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la consecución de nuestros objetivos se procedió de la siguiente forma:

En coordinación con la unidad TIC se creó una plantilla digital accesible desde la historia digital del paciente. Estaría integrada por los datos mínimos que marca el decreto, y sería la base para las plantillas precumplimentadas que se conformarían a posteriori.

Desde la Coordinación de Cuidados de nuestro hospital se creó un grupo de expertos para decidir que etiquetas diagnóstica, resultados e intervenciones de enfermería serían incluidas en los informes precumplimentados. Este grupo estaba formado por las supervisoras de enfermería de las diferentes áreas, el coordinador de cuidados y en enfermero asistencial. Previamente se realizó un estudio de prevalencia diagnóstica en la población atendida en la planta de hospital de día, las conclusiones obtenidas fueron la base para la elaboración de los informes precumplimentados.

Teniendo en cuenta que el tiempo de estancia en hospitalización de día es menor de 24 horas debíamos ser realistas y prácticos, se crearon etiquetas diagnósticas de complicaciones potenciales (CP) que abarcaran todas las complicaciones o problemas de colaboración de los diferentes procesos médico-quirúrgicos a que se sometían los pacientes de hospitalización. Por ejemplo:

CP Flebitis, oclusión, acodamiento, extravasación y/o desalojo secundario a venoclisis.

CP Infección, hemorragia, dehiscencia y/o dolor secundario a postoperatorio tardío (> 24h)

También tuvo bastante peso en las conclusiones del grupo de experto en modelo enfermero adoptado. Hicimos nuestras las palabras de Henderson cuando decidimos formular diagnósticos de independencia sólo si podíamos aumentar la "fuerza, voluntad y conocimientos" del paciente.

Teniendo en cuenta una estancia tan corta decidimos incluir diagnósticos de riesgo para trabajar con los conocimientos. Por ejemplo, en pacientes con cirugía abdominal incluimos el Riesgo de estreñimiento relacionada con la cirugía.

Para la elección de los resultados e intervenciones que formarían parte de las plantillas precumplimentadas se utilizaron las taxonomías NOC y NIC, como exige el decreto. Se eligieron aquellos resultados e indicadores más idóneos para evaluar las CP y diagnósticos formulados.

Una vez confeccionadas las plantillas para cada uno de los procesos médicos y quirúrgicos a los que se sometían nuestros pacientes se pilotaron durante 60 días con la intención de recibir el feedback de los profesionales, en cuyo caso se realizó las modificaciones pertinentes. Las correcciones que se realizaron estaban relacionadas con incidencias informáticas.

Es necesario destacar que en el momento de editar el informe, el profesional debe validar la plantilla precumplimentada. Todos los datos que aparecen en los respectivos campos pueden ser modificados. Si la enfermera, en la atención a un paciente concreto no está de acuerdo con los diagnósticos, resultados e intervenciones propuestos en la plantilla puede eliminarlos o completarlos según su criterio, ya que la enfermera es la responsable del contenido del informe.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tres meses después de la implantación, la totalidad de los antiguos informes ha sido sustituido por los nuevos ICE. En este tiempo, el 100% de los pacientes dados de alta en hospitalización de día recibe el informe correspondiente.

En estos momentos, a los seis meses de la implantación, estamos comenzando a auditar la calidad de los informes. Esta auditoría arrojará datos sobre el grado de cumplimiento del decreto en cuanto a datos mínimos se refiere.

BIBLIOGRAFÍA

1. BOE nº 225, Sec: 1, pág: 78742 de 16 de Septiembre de 2010
2. McCloskey, J. Bulechek, G." Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) Ed: Elsevier. 2006
3. Moorhead, S. Johnson, M. Maas, M. "Clasificación de Resultados de Enfermería"(NOC) Ed: Elsevier. 2006
4. Luis Rodrigo, MT. "Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica" Ed: Masson. 2006

LAS NOC COMO HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

AUTOR/ES

Amelia Ramos-González-Serna; M^o Ángeles Velasco-Sánchez; Pilar Zamorano-Imbernon Oscar Gómez-Jorge; Francisca León-Gea; Josefa Vega-Lora.

PALABRAS CLAVE

Evaluación, Amputado, Indicador, NOC

INTRODUCCIÓN

El riesgo que tiene un paciente diabético de sufrir una amputación de la extremidad inferior es de 20 a 40 veces superior al que tiene una persona sin diabetes, siendo mayor la tasa de amputación en hombres que mujeres ⁽¹⁾. En Andalucía se estimó una tasa bruta de 3-4 amputaciones de miembros inferiores (MMII) por cada 1000 personas con diabetes en el periodo 2000-2006 ⁽²⁾.

La prevención y un correcto tratamiento reducen la incidencia de úlceras y la probabilidad de amputación de MMII, según publicaciones recientes, muchos pacientes todavía no mantienen unos conocimientos del proceso de enfermedad y unos auto cuidados adecuados, describiéndose tasas de amputaciones elevadas en pacientes diabéticos

Tras realizar un estudio descriptivo para obtener información sobre el perfil del paciente diabético que ingresa para amputación de miembros inferiores en las Unidad de Gestión Clínica de Angiología y Cirugía Vascular del hospital Virgen del Rocío y la Unidad de Aparato Circulatorio del Hospital Virgen de Valme de Sevilla, comprobamos que un 44% de los pacientes presentaban conocimientos deficientes sobre el proceso de la enfermedad y hábitos saludables.

Diseñamos una intervención educativa y utilizamos la Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC) para cuantificarlos y por tanto evaluar la efectividad de los cuidados enfermeros.

El uso de las taxonomías enfermeras nos sirve para poder tener un lenguaje común y estandarizar la investigación sobre los cuidados enfermeros.

La calidad asistencial es uno de los objetivos prioritarios del sistema sanitario y de los profesionales que trabajan en él⁽³⁾. Según Chow et al⁽⁴⁾ para asegurar la excelencia y la mejora de los cuidados es necesario evaluar la calidad de los mismos.

Para realizar esta evaluación disponemos de la clasificación de resultados de enfermería (NOC). Como dicen sus autores: *"la investigación de la gestión y efectividad de los resultados se ha convertido en un aspecto obligatorio de la practica enfermera en esta era de cuidados controlados y de sistemas de atención sanitaria integrados, pero la evaluación de la efectividad enfermera se ve dificultada por diversos factores, tales como la incapacidad para cuantificar los resultados enfermeros en la mayoría de los ámbitos clínicos"*⁽⁵⁾

Aunque está claramente demostrado que la utilización de la clasificación de resultados es la mejor forma de evaluar la efectividad de las intervenciones que realiza la enfermera, pueden existir algunas dudas en cuanto a la fiabilidad interobservador⁽⁶⁾.

Al estar organizados en indicadores con escalas tipo Likert de 5 valores, puede presentar cierta dificultad a la hora de asignar un valor, fundamentalmente cuando hay que darle una medida a algo abstracto, por lo que consideramos necesario concretar el significado de cada numeración de la escala likert ⁽⁷⁾

OBJETIVOS

- Diseñar una herramienta formada con los indicadores adecuados para evaluar una intervención educativa.
- Definir cada valor de la escala likert de los indicadores para evitar sesgos en la recogida de datos

MATERIAL Y MÉTODOS

Como actividad de la intervención enfermera *Enseñanza: proceso de la enfermedad*, se diseñó un taller formativo dirigido al paciente diabético ingresado para primera amputación y su cuidador sobre diabetes, cuidado del pie diabético, ejercicio, alimentación y hábitos saludables,. Como soporte se realizó un manual informativo en papel para entregar al paciente durante los días de hospitalización.

Esta intervención es realizada por las enfermeras responsables del proyecto.

Se seleccionaron Resultados e indicadores para evaluar la formación recibida en relación con cada uno de los apartados del manual.

Se concretaron las correspondencias de cada valor de la escala likert por consenso del grupo de trabajo atendiendo a criterios de utilidad.

Fue sometido a un pilotaje en la primera fase del estudio, en la que se administró a cinco pacientes de forma aleatoria. Se determinaron dificultades en la comprensión del mismo, lo que permitió hacer las correcciones oportunas tanto conceptuales como lingüísticas.

El instrumento diseñado se administrará a los pacientes a su ingreso junto con la valoración inicial y tras la realización del taller educativo, para poder así evaluar los conocimientos adquiridos.

RESULTADOS

El instrumento está formado por seis resultados NOC, con uno o dos indicadores cada uno.

Cada uno de los indicadores tiene sus correspondencias para los diferentes valores de la escala likert (Anexo 1)

CONCLUSIONES

El uso de taxonomías enfermeras es fundamental para evaluar los cuidados enfermeros, la actual taxonomía NOC nos ofrece escalas con definiciones generales que, sobre todo en los aspectos más cualitativos, pueden ser concretados para evitar sesgos en su interpretación.

El definir cada uno de los valores de la escala likert da más fiabilidad a los datos obtenidos y elimina la incertidumbre que puedan tener las enfermeras a la hora de su aplicación.

ANEXO 1

INSTRUMENTO PARA EVALUACIÓN INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN PACIENTES DIABÉTICOS
SOMETIDOS A PRIMERA AMPUTACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES

1-NOC: Autocontrol de la diabetes (1619)

161915 Informa de síntomas de complicaciones

Sudoración, mareos, vista borrosa, temblor, nerviosismo, lesiones en los pies, lesiones en los ojos, lesiones en vasos sanguíneos y/ corazón, lesiones en riñones.

- 1.- No dice ninguno.
- 2.- Indica 1 ó 2 síntomas.
- 3.- Indica 3 ó 4 síntomas.
- 4.- Indica 5 ó 6 síntomas.
- 5.- Indica 7 ó más síntomas.

161929 Demuestra el procedimiento correcto para la administración de insulina

Lavarse las manos; comprobar el nivel de glucemia; poner aguja en la pluma; agitar la mezcla; marcar la dosis; identificar la zona de inyección rotando; coger un pellizco; insertar la aguja y empujar el émbolo; tapar la pluma y guardar (en nevera las que no están en uso, a temperatura ambiente la que está en uso).

- 1.- No dice ninguno.
- 2.- Indica 1 ó 2 pasos.
- 3.- Indica 3 ó 4 pasos.
- 4.- Indica 5 ó 6 pasos.
- 5.- Indica 7 ó más pasos.

2-NOC: Conocimiento: Dieta (1802)

180201 Descripción de la dieta recomendada

Distribuir cinco tomas en el día; Regularizar las horas; Nombra el consumo diario de frutas verduras, legumbres, cereales, aceite de oliva, pescado; Nombra el consumo moderado carne de ave, huevos y lácteos; Nombra lo que debe

evitar carnes y grasas saturadas de alimentos recomendados en la pirámide.

- 1-No conoce la dieta mediterránea.
- 2-Conoce 1 criterio de la dieta.
- 3-Conoce 2 criterios de la dieta.
- 4-Conoce 3 criterios de la dieta.
- 5-Conoce 4-5 criterios de la dieta.

3. NOC: Control del riesgo: consumo de tabaco (1906)

190602 Reconoce las consecuencias personales asociadas con el consumo de tabaco

Riesgo de padecer impotencia sexual; Limita la movilidad en las articulaciones; Produce hiperglucemia dificultando el control de la diabetes.; Hipercolesterolemia; Favorece la aparición de infecciones; Hace que empeore las úlceras de MMII.; Aumenta el riesgo de amputaciones; Cardiopatía isquémica, accidentes isquémicos cerebrovasculares; infarto de miocardio; Cáncer de pulmón, de boca, de laringe ó de vejiga.

- 1.-No conoce ningún problema asociado.

4-NOC: Control del riesgo: consumo de alcohol (1903)

190308 Sigue las estrategias seleccionadas de control de consumo de alcohol

Sabe que debe consumir preferentemente bebidas alcohólicas secas (vino tinto, cava seco, champán...); No debe consumir alcohol con el estómago vacío.; Consumir al día, como máximo una ración (una copa) de alcohol en las mujeres y dos en los hombres.; Conoce los riesgos del consumo excesivo (control de la diabetes, circulación, etc...).

1- No conoce ninguna actuación preventiva.

2-Conoce 1 actuación preventiva.

3- Conoce 2 actuaciones preventivas.

4-Conoce 3 actuaciones preventivas

5-Conoce más de 3 actuaciones preventivas.

5-NOC: Conocimiento: Control de la Diabetes (1820)

182023 Descripción de prácticas de cuidados de los pies

Recomendaciones: Higiene, Hidratación,

Uso de calcetines y medias, Calzado adecuado y Revisiones periódicas.

1-No conoce recomendaciones para el cuidado

2-Reconoce 1 recomendación para el cuidado

3-Reconoce 2 recomendaciones para el cuidado

4-Reconoce 3 recomendaciones para el cuidado

5-Reconoce más de 4 recomendaciones

6-NOC: Conocimiento actividad prescrita (1811)

181101 Descripción de la actividad prescrita

Usar colchón firme para evitar que la cadera quede flexionada; Acostarse boca abajo unos 20 minutos dos veces al día con la cabeza flexionada hacia el lado sano para evitar contracturas musculares; Trabajar y fortalecer Miembros Superiores.; Evitar permanecer mucho tiempo con el miembro inferior colgando; No poner un cojín o almohada debajo de la rodilla; No apoyar el muñón con la rodilla flexionada; Realizar ejercicios de flexión y extensión de Miembros Inferiores,

evitará pérdida de masa muscular y de fuerza que se produce por la falta de uso; Realizar cambios posturales en decúbito lateral preferentemente, hacia el lado no amputado; Hacer ejercicios respiratorios, evitara complicaciones.; Hasta que no ser valorado por el Servicio de Rehabilitación evitar deambular con muletas o ayudado por un familiar.

1- No conoce ningún consejo.

2- Conoce 1 consejo.

3- Conoce 2 consejos.

4- Conoce 3 consejos.

5- Conoce más de 3 consejos.

- 2.-Conoce 1 problema asociado
- 3.-Conoce 2 problemas asociados.
- 4.-Conoce 3 problemas.
- 5.-Conoce más de 3 problemas asociados.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- López Hernández JL. Plan Integral de la diabetes de Castilla la Mancha 2007/2010. Toledo: Junta de Comunidades de Castilla la Mancha. Consejería de Sanidad.
- 2- II Plan Integral de Diabetes de Andalucía 2009-2013. Consejería de Salud, [2009]. Junta de Andalucía
- 3.-Garcimartín P, Maull E, González P, Páez M, Creus F, Sánchez D et al. Control de calidad en los cuidados de enfermería en el postcateterismo cardiaco. *EnfermCardiol*. 2009; 46(1): 30-35.
- 4.- Chow A, Maye E, Darzi A, Athanasiou T. Patient-reported outcome measures: The importance of patient satisfaction in surgery. *Surgery*. 2009; 146(3): 435-43
- 5.-Moorhead S, Johnson M, Maas ML, editors. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. St. Louis: Mosby; 2009
- 6.-Morales Asencio JM, Morilla Herrera JC, Tórres Pérez LF, Porcel Gálvez AM, Canca Sánchez JC. Investigación en resultados y clasificación de resultados de Enfermería. Claves para la investigación. *Metas de Enfermería* dic 2012/ene2013; 15(10): 20-24
- 7.- Echevarría Pérez P, de Souza Oliveira AC. Cómo cuantificar los aspectos cualitativos en escalas de clasificación de resultados NOC para etiquetas psico-socioculturales. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(3): 728-35.

RECEPTORA DE RIÑÓN DE DONANTE VIVO: PLAN DE CUIDADOS

AUTOR/ES

Rosa González Gutiérrez-Solana, Encarnación Ramil Franco, Ana Suarez Casal. M^a Josefa Puga Mira, M^a Dolores Souto Martínez, Alcira Méndez Barrientos.

PALABRAS CLAVE

Receptora de donante vivo. Trasplante renal. Plan de cuidados: NANDA-NOC-NIC

INTRODUCCIÓN

El Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, desde el año 2003, ha realizado cerca de 200 trasplantes de riñón de donante vivo.

Siempre es un reto para las enfermeras, cuidar de personas que se someten a un trasplante, pero en el caso de la donación de vivo, la "responsabilidad del resultado" hace que las enfermeras extrememos, aún más si cabe, la alerta y los cuidados, para convertir ese acto de desprendimiento, en un resultado óptimo para receptor y donante.

Este caso clínico que presentamos es el de una mujer de 20 años, receptora de un riñón donado por su madre.

El impacto que causa en el equipo de enfermería de la Unidad, tiene que ver con la soledad de la donante y la receptora, la extranjería de su país y de su ciudad de acogida y la falta de apoyo familiar y la ruptura con su pareja.

VALORACIÓN

Mujer de 20 años que ingresa en nuestra unidad en A Coruña, procedente de Pontevedra, como receptora del riñón de su madre.

De origen colombiano, viene a España hace 16 años y desde hace 4 vive en Pontevedra. Actualmente no trabaja, antes era camarera.

Dice que vive con su marido, pero no la acompaña, ni llama, ni viene el día de la intervención. El teléfono de referencia que dejan ella y su madre, es el de una hermana de 13 años, que está en Pontevedra, acompañada por su abuela, que ha venido de Colombia para acompañarla, mientras dura este proceso.

Hace 4 años le detectaron una Insuficiencia Renal Crónica en una analítica casual. En HD por catéter yugular desde hace 2 años y actualmente en aprendizaje de diálisis peritoneal ambulatoria tras colocación de catéter de Tenckhoff hace 3 meses. HTA y anemia.

Hace 1 año tuvo un parto por cesárea, de niña prematura, que falleció tras estar 4 meses ingresada en Santiago de Compostela (hospital de referencia para Pontevedra).

Autónoma AVD. Mantiene diuresis de 1 litro. Estreñimiento que trata con laxantes. Dieta de diálisis sin sal. Duerme bien, sin medicación.

Al ingreso completamente "pegada a su madre". Quieren estar en la misma habitación, pero les explicamos los inconvenientes de compartir espacio en el postoperatorio por el "doble sufrimiento" que se padece (el propio, más el de la otra persona que va mejor o peor, con dolor o no...etc.).

Baja a quirófano muy inquieta y avisamos de ello a enfermería de quirófano a través de la coordinadora de trasplante.

Después de la intervención, viene a la Unidad trasladada de Reanimación a las 16 horas de la cirugía. Buena tolerancia oral. EVA 1 con analgesia iv pautada. Apósito limpio. No trae drenaje. Vía central subclavia de tres luces, para reposición de sueros y medición de PVC, si precisa. Sonda vesical con 450 cc de orina hematúrica. Hacer analítica de control a las 17h. No le han dado los Inmunosupresores; se le dan a las 14h.

Viene bastante tranquila y sin dolor; aunque preocupada por su madre. Mejora su inquietud, cuando la madre, con muy buen ánimo, va a verla por la tarde.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS RESULTADOS ESPERADOS E INTERVENCIONES

DIAGNOSTICO: Duelo (136)

CD Búsqueda de significado de la pérdida

FR Pérdida de una persona significativa (pareja e hija)

NOC: Afrontamiento de problema

NIC: Facilitar el duelo (5290)

Escucha activa (4920)

DIAGNOSTICO: Temor (148)

CD: Expresa intranquilidad

FR Separación del sistema de apoyo en una situación potencial estresante (hospitalización, procedimientos),

NOC: Nivel de miedo (1210)

NIC: Disminución de la ansiedad (5820)

Enseñanza pre quirúrgica (5610)

DIAGNOSTICO: Riesgo de Infección (4)

FRi Procedimientos invasivos

NOC: Curación de la herida por primera intención (1102)

NIC: Preparación quirúrgica (2930)

X Symposium **AENTDE**. Sevilla 20**14**.

Cuidados del sitio de la incisión (3440)

DIAGNOSTICO: Déficit de autocuidados: baño (108), uso del inodoro (110)

CD: Incapacidad para llegar al cuarto de baño. Incapacidad para lavarse el cuerpo

Incapacidad para llegar al inodoro. Incapacidad para sentarse en el orinal.

FR dolor. Debilidad Deterioro neuromuscular

Este diagnóstico de enfermería, lo trabajamos desde el riesgo de caídas por acuerdo del equipo, ya que la dificultad mayor es el riesgo de caída y sobre todo, cuando por la intervención (corte de tejidos y terminaciones nerviosas en la incisión) se produce una pérdida de fuerza y/o acorchamiento en el miembro inferior del lado del implante del injerto.

DIAGNOSTICO: Riesgo de caídas (155)

FRi: Ítems de escala de riesgo de caídas. Debilidad neuromuscular ((¿??) acorchamiento- pérdida de fuerza pierna del lado del implante)

NOC: Conocimiento: prevención caídas (1828)

Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD) (300)

NIC: Prevención de caídas (6490).

Ayuda al autocuidado (1800)

DIAGNOSTICO: Riesgo de dolor agudo. En NANDA Dolor agudo (132) (no existe el riesgo)

FRi: Cirugía (no hay factores de riesgo en NANDA)

NOC: Control del dolor (1605)

NIC: Manejo del dolor (1400)

Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (162)

CD: Manifiesta deseo de manejar enfermedad: tratamiento, prevención de secuelas,.. Expresa tener mínimas dificultades con los tratamientos prescritos

FR: Inmunosupresión. Trasplante. (NO está en NANDA)

NOC: Conocimiento régimen terapéutico (1813)

NIC: Enseñanza medicamentos prescritos (5616)

Enseñanza actividad-ejercicio (5612)

EVALUACIÓN

Pasados cinco días la paciente tiene una EVA habitual entre 0-2 y solo precisa analgesia puntualmente. A los siete días está sin dolor, no quiere analgesia. Tiene la herida quirúrgica limpia y con buen aspecto. Se hace ella misma la cura del catéter de Tenckhoff. Está con antibioterapia

intravenosa por fiebre, aunque no hay foco de infección, todos los cultivos realizados han dado negativo. Buena función renal desde el principio, alcanzando cifras prácticamente normales a las dos semanas. No tuvo sensación de acorchamiento en la pierna del lado de la intervención.

A los dos días de la intervención, reconoce las dificultades en la relación con su pareja que se ha desentendido de todo este proceso y con el que había roto su relación antes del ingreso. Tiene el apoyo de sus amigas/os a través del WhatsApp con el que se maneja todo el día.

Se levanta desde el 2º día después de la intervención y comienza progresivamente a movilizarse cada vez con menos ayuda, hasta ser prácticamente autónoma en sus cuidados a los cinco-seis días.

Desde el principio, muestra interés en gestionar ella todo lo correspondiente a su salud: tratamiento, cambios, signos y síntomas que tienen interés, etc.

Conoce tratamiento, signos de las posibles complicaciones, cuidados inmediatos y posteriores y los riesgos.

Permanece ingresada 3 semanas para ajustar el tratamiento inmunosupresor y terminar los días de tratamiento antibiótico intravenoso.

Hemos conseguido los resultados esperados y el nivel propuesto en la escala de los indicadores, con nuestros cuidados y su ánimo.

Alta de enfermería con diagnósticos pendientes y recomendaciones. Se retiran la mitad de las grapas de la herida quirúrgica a los 21 días; no se retiran antes por el retraso en la cicatrización por la inmunosupresión. El resto de las grapas, se las retirará su enfermera de referencia en Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación 2012-2014 de la NANDA.
2. Moorhead, S.; Johnson, M.; Maas, M.L. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 4ª edición
3. Bulechek, G.M.; Butcher, H.K.; McCloskey Dochterman, J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 5ª edición
4. Johnson, M; Bulechek, G.M.; Butcher, H.K.; Interrelaciones NANDA, NOC y NIC 2ª edición.
5. Rifá, R.; Olivé, C.; Lamoglia, M. Lenguaje NIC para el aprendizaje teórico-práctico en enfermería

DONANTE VIVO DE RIÑÓN: PLAN DE CUIDADOS

AUTOR/ES

Socorro Novo López, Olga Pais Rodríguez, Helena Martínez Montes, Berta García Fraguera, Mónica López Silva, Ana Candal Rey.

PALABRAS CLAVE

Donante vivo. Trasplante renal. Plan de cuidados: NANDA-NOC-NIC

INTRODUCCIÓN

El Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, desde el año 2003, ha realizado cerca de 200 trasplantes de riñón de donante vivo.

Siempre es un reto para las enfermeras, cuidar a personas que “voluntariamente” deciden “enfermar durante un tiempo” para sanar a alguien con quien comparten vida, afecto o incluso nada más que solidaridad.

Este caso clínico que presentamos es el de una madre muy joven que da su riñón a la hija “casi adolescente”, a la que ella a su vez tuvo de adolescente; mientras confiesa estar en una fase de duelo por la nieta fallecida hace 1 año

El impacto que causa en el equipo de enfermería de la Unidad, tiene que ver con la soledad de la donante y la receptora, la extranjería de su país y de su ciudad de acogida y la falta de apoyo familiar.

VALORACIÓN

Mujer, 38 años, donante de riñón a su hija de 20. Colombiana; vive en España desde hace 16 años, los cuatro últimos en Pontevedra, donde trabaja de camarera. Es la cabeza de familia. Tiene otra hija de 13 años, que permanece en Pontevedra con su abuela, residente en Colombia y que ha venido de vacaciones para quedarse con su nieta pequeña durante el ingreso de su hija y su nieta mayor.

Ingresa procedente de su domicilio. Es su primer ingreso en un hospital, no tiene enfermedades conocidas ni toma tratamiento; ocasionalmente si precisa, toma paracetamol. Fumadora de 10 cigarrillos al día dice que no tiene otros hábitos tóxicos. Aspecto cuidado y nutrido, autónoma para sus cuidados. Hace deposición cada día sin dificultad y duerme aproximadamente 8 horas, levantándose descansada. No tiene alergias conocidas.

Trabaja de camarera en una pastelería-cafetería. Tuvo dificultad para la baja laboral, querían despedirla si la cogía. Su médica de cabecera le da la baja laboral y parece que la dueña de la cafetería esperará los dos meses de baja sin despedirla.

Refiere que conoce todos los aspectos de la donación de riñón.

Inquieta, con temor por todo el proceso y sobre todo por su hija, pero ilusionada.

Verbaliza que está “en proceso de duelo” por la pérdida de su nieta nacida prematura a los 6 meses y que tras muchas dificultades y ser operada del tracto digestivo en repetidas ocasiones, fallece a los 4 meses en el Hospital de Santiago de Compostela.

Vienen a ingresar solas. Deja como teléfono y referencia para las dos el de su hija de 13 años.

16 horas después de la cirugía, es trasladada de Reanimación. Portadora de sonda vesical, drenaje y 3 apósitos quirúrgicos limpios. Con una EVA de 2, controlada con analgesia. Preocupada por su hija. Sin acompañante.

PLAN DE CUIDADOS

Antes de la intervención

La ventaja del trasplante de riñón de donante vivo, desde el punto de vista de enfermería, es que tanto el donante como el receptor ingresan al menos 24h antes de la intervención, lo que facilita la valoración enfermera y la información sobre el proceso y los procedimientos, mejorando por tanto el temor y el conocimiento sobre todo el proceso.

Antes de la intervención se detectan en esta paciente dos diagnósticos principales: Duelo y Temor.

También trabajamos mediante la enseñanza y la preparación pre quirúrgica el Riesgo de Infección.

Después de la intervención

Añadimos a los diagnósticos de enfermería anteriores el Déficit de autocuidado: Baño-higiene, Déficit de autocuidado: uso del inodoro y Riesgo de dolor agudo

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS, RESULTADOS ESPERADOS E INTERVENCIONES

DIAGNOSTICO: Duelo

CD Dolor, Sufrimiento, Búsqueda de significado de la pérdida

FR Muerte de una persona significativa

NOC: Afrontamiento de problemas (1302)

NIC: Facilitar el duelo (5290)

Escucha activa (4920)

DIAGNOSTICO: Temor

CD Expresa inquietud, Identifica el objeto del miedo

FR Separación del sistema de apoyo en una situación potencial estresante (hospitalización, procedimientos). Falta de familiaridad con la experiencia del entorno

NOC: Nivel de miedo (1210)

NIC: Disminución de la ansiedad (5820)

Enseñanza prequirúrgica (5610)

DIAGNOSTICO: Riesgo de Infección

FRi Defensas primarias inadecuadas: tabaquismo, Procedimientos invasivos

NOC: Curación de la herida por primera intención (1102)

NIC: Preparación quirúrgica (2930)

Cuidados del sitio de la incisión (3440)

Cuidados del drenaje (1870)

DIAGNOSTICO: Déficit de autocuidados: baño (108), uso del inodoro (110)

CD: Incapacidad para llegar al cuarto de baño. Incapacidad para lavarse el cuerpo. Incapacidad para llegar al inodoro. Incapacidad para sentarse en el orinal

FR: Dolor. Debilidad

NOC: Autocuidados actividades de la vida diaria (AVD) (300)

NIC: Ayuda al autocuidados (1800)

DIAGNOSTICO: Riesgo de dolor agudo. En NANDA Dolor agudo (132) (no existe el riesgo)

FRi: Cirugía (no hay factores de riesgo en NANDA)

NOC: Control del dolor (1605)

NIC: Manejo del dolor (1400)

EVALUACIÓN

El día que llega de reanimación por la tarde, siempre les proponemos levantarse al sillón el tiempo que ella soporte. En su caso, en una silla de ruedas, la acercamos a la habitación de su hija, donde permanece más de media hora.

El segundo día la ayudamos a ir a la ducha en una silla especial, que rechaza para ir andando, con ayuda. Realizamos el aseo y posteriormente la cura de las heridas quirúrgicas

Sensación de abdomen distendido (por el gas que meten en la intervención para ampliar la visión del campo quirúrgico). Dolor controlado con la analgesia intravenosa pautada cada 4 horas. No tiene una EVA mayor de 2 y en los días posteriores vamos reduciendo las dosis de día

El duelo de la pérdida de su nieta, sigue estando presente, pero es superado por la preocupación primero y la alegría posterior por ver a su hija recuperarse cada día.

Al tercer día se moviliza sola y hace sus autocuidados con mínima ayuda, excepto por la noche al insistirle en pedir ayuda para ir al baño; que utiliza solo hasta el tercer día que es ya completamente autónoma.

Pasados cinco días de la intervención, sin dolor, heridas limpias, no infección y contenta con su evolución, pasa de alta hospitalaria, al Hotel de Pacientes. Sabe hacerse la cura y conoce a través del Informe de Enfermería con diagnósticos pendientes y recomendaciones los cuidados que debe seguir.

Hemos conseguido llegar a los niveles propuestos en los indicadores de los resultados planteados, con nuestros cuidados y su ánimo. Aún le quedan cuestiones pendientes de resolver, como cerrar el duelo por la pérdida de la nieta y comprobar que su salud continúa siendo óptima a pesar de la extracción de su riñón. Pero en esto no podremos acompañarla. Su enfermera de referencia de Atención Primaria continuará nuestro quehacer.

BIBLIOGRAFÍA

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación 2012-2014 de la NANDA.

Moorhead, S.; Johnson, M.; Maas, M.L. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 4ª edición

Bulechek, G.M.; Butcher, H.K.; McCloskey Dochterman, J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 5ª edición

Johnson, M; Bulechek, G.M.; Butcher, H.K.; Interrelaciones NANDA, NOC y NIC 2ª edición.

Rifá, R.; Olivé, C.; Lamoglia, M. Lenguaje NIC para el aprendizaje teórico-práctico en enfermería

PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES EN SITUACIÓN TERMINAL

AUTOR/ES

Mercedes Barroso-Vázquez¹, M^a José Sánchez-Cordero¹, José Antonio Zarzuela-Maqueda¹, Ángela Cejudo-López¹, Ana Belén Muñoz-Campuzano², Eloisa Gómez-Falla¹.

¹ Enfermera Familia. CS Los Bermejales. DS Sevilla. Sevilla.

² Enfermera Centro Socio-Sanitario Fundomar. Sevilla

PALABRAS CLAVE

Planificación anticipada de decisiones

Cuidados Paliativos

Coordinación socio-sanitaria

INTRODUCCIÓN

La atención sanitaria a pacientes en situación terminal pretende proporcionar una muerte digna, proporcionando las mejores condiciones de confort, dirigidas al control de síntomas, siendo imprescindible la intervención de profesionales sanitarios de diferentes ámbitos asistenciales.

VALORACIÓN

Varón de 84 años, que tiene los siguientes antecedentes personales: Neoplasia pulmonar (carcinoma de células grandes) diagnosticado en 1984 que remitió tras cirugía (lobectomía superior derecha), radioterapia y quimioterapia.

Trombosis Venosa Profunda en 1985 en miembro inferior derecho.

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de varios años de evolución.

Aritis Reumatoide.

Hipertrofia Benigna de Próstata.

Ha tenido 3 ingresos hospitalarios en los últimos dos meses.

En el momento de la valoración inicial, tras el alta hospitalaria, está en situación terminal. Según la clasificación por la escala ECOG en el nivel 4 (El paciente permanece encamado el 100% del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria, como por ejemplo la higiene corporal, la movilización en la cama e incluso la alimentación). Presenta disnea de reposo, con expectoración verdosa abundante y fiebre de 37,8°C. Neumonía con criterios de gravedad e Insuficiencia cardiaca descompensada, insomnio y dolor costal.

No tiene oxigenoterapia prescrita.

No refiere alergias conocidas.

Presenta incontinencia urinaria y fecal. Utiliza absorbentes.

Valoración de la capacidad para la realización de las actividades básicas de la vida diaria mediante Índice de Barthel: puntuación 5, Dependencia total. Autocuidados suplidos por personal del centro socio-sanitario donde vive.

Realiza vida cama-sillón, necesita gran ayuda para la transferencia, todos los autocuidados están suplidos.

Se mide el riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP) mediante Escala de Braden: puntuación 13. Alto Riesgo. Actualmente presenta integridad de la piel.

Alimentación escasa, inapetente. Toma pocos líquidos.

No se sospecha que tenga deterioro cognitivo, no presenta error según test de Pfeiffer. Respuestas coherentes y sin desorientación temporoespacial durante la entrevista, como también corrobora la enfermera de referencia.

Duerme mal, no tolera decúbito, despierta con frecuencia por disnea y dolor mal controlados.

Viudo desde hace tres años, su esposa falleció tras una larga enfermedad. Tenían un hijo discapacitado que falleció hace dos años, de forma que fue cuidador durante varios años. Actualmente no tiene soporte familiar para continuidad de los cuidados que precisa en el domicilio, por lo que desde hace 8 meses está institucionalizado en centro Socio-Sanitario de Mayores. Tiene una sobrina como único apoyo familiar en cuanto a mantener relaciones de visitas, pero no se hace responsable de los cuidados que precisa en el domicilio. El Genograma está representado en la figura 1.

Conoce el diagnóstico y pronóstico de su enfermedad y manifiesta su deseo de no ingresar de nuevo en el hospital y ante empeoramiento del estado de salud demanda cuidados paliativos. Si llegado el momento de tomar decisiones sanitarias respecto a las actuaciones a llevar a cabo no tuviera capacidad para decidir, ya ha comunicado sus preferencias, si bien no ha cumplimentado el documento de Voluntad Vital Anticipada ni documento de Guardador de Hecho.

Resto de patrones sin necesidad de abordaje.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

00032 Patrón Respiratorio Ineficaz r/c disminución de la energía m/p disnea y uso de los músculos accesorios.

00146 Ansiedad r/c cambios en el estado de salud m/p nerviosismo, lanzar miradas alrededor, agitación

RESULTADOS

Se planifican cuidados al final de la vida, planteando los siguientes criterios de Resultados:

1211 Nivel de ansiedad

121101 Desasosiego

121107 Tensión facial

0402 Estado respiratorio: intercambio gaseoso

040203 Disnea en reposo

040211 Saturación de oxígeno

1307 Muerte digna

130703 Participa en las decisiones relacionadas con los cuidados.

130704 Participa en las decisiones sobre la hospitalización

2007 Muerte confortable

200702 Confort

200713 Agitación

200719 Ansias de aire

INTERVENCIONES

8020 Reunión multidisciplinar sobre cuidados. Se llevan a cabo reuniones con los profesionales de diferentes ámbitos, enfermera referente del centro socio-sanitario, enfermera de familia, médica de familia, enfermero del equipo de Soporte de cuidados paliativos y médica del equipo de soporte de cuidados paliativos. Figura 2.

3350 Monitorización respiratoria. Se realiza con pulsioximetría, midiendo frecuencia cardiaca, respiratoria, uso de musculatura accesoria, auscultación de sonidos respiratorios.

3320 Oxigenoterapia. Se contacta con empresa de oxigenoterapia para que proporcione concentrador de oxígeno y material necesario para ello.

5250 Apoyo en la toma de decisiones. Se pretende que cumpla con los criterios que debe tener una Planificación Anticipada de Decisiones, es decir, que sea de forma voluntaria, que esté correctamente informada y que tenga capacidad de decisión. También que sea registrado, en su historia de salud, revisado periódicamente y comunicado a todas las profesionales sanitarios implicados en sus cuidados.

2380 Manejo de la medicación. Se realiza conciliación de la medicación al alta hospitalaria con la prescrita previamente que es administrada de forma correcta. Administración de medicación para

control de síntomas refractarios, disnea y dolor con Cloruro Mórfico y Midazolan por vía subcutánea en perfusión continua mediante infusores y bolos de rescate cuando sea preciso.

5260 Cuidados en la agonía. Se proporciona máxima comodidad posible, requiriendo su atención sólo cuando sea imprescindible, prestando comodidad física y espiritual en la fase final de la vida.

EVALUACIÓN

Se aborda el caso mediante atención integral centrada en la persona, es decir, atención integral, en equipo, de forma coordinada entre diferentes ámbitos asistenciales, se tiene en todo momento respeto a la autonomía, valores, creencias y a la dignidad de la persona, en definitiva, el centro de la atención es el paciente.

Todas las intervenciones planificadas se llevan a cabo y se consiguen los objetivos planteados.

Se establece un adecuado proceso de comunicación, por lo que conoce los posibles cauces a seguir y en todo momento se le apoya en la toma de decisiones. A los pocos días, se presenta la fase de agonía, con una nueva intervención para aplicación de sedación paliativa por síntomas refractarios, tras lo cual muere de forma digna, en su cama, donde eligió, tranquilo, acompañado de su sobrina y atendido en todo momento por el personal. Por lo que se puede decir que tuvo una muerte digna.

BIBLIOGRAFÍA

Bulechek, G.M., Butcher, H K,.Mc Closkey Dochterman, J (editores). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed Barcelona Elsevier Epañ; 2009.

Gordon, M. Nursing diagnosis: process and application. New York: McGraw-Hill, 1982.

Gomez Sancho, M; Ojeda Martín M. Cuidados Paliativos. Control de Síntomas. Ed. MEDA. 2009

Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (editoras). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona Elsevier España; 2009.

Simón Lorda, P, Tamayo Velázquez MI, Esteban López, MS, coordinadores. Guía de planificación Anticipada de las Decisiones. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social. 2013.

Cía, R, et al. Cuidados paliativos. Proceso Asistencial Integrado. Consejería de Salud de Andalucía. 2007.

NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2009-2011. Barcelona: Elsevier España; 2010.

ANEXOS

Figura 1. Genograma

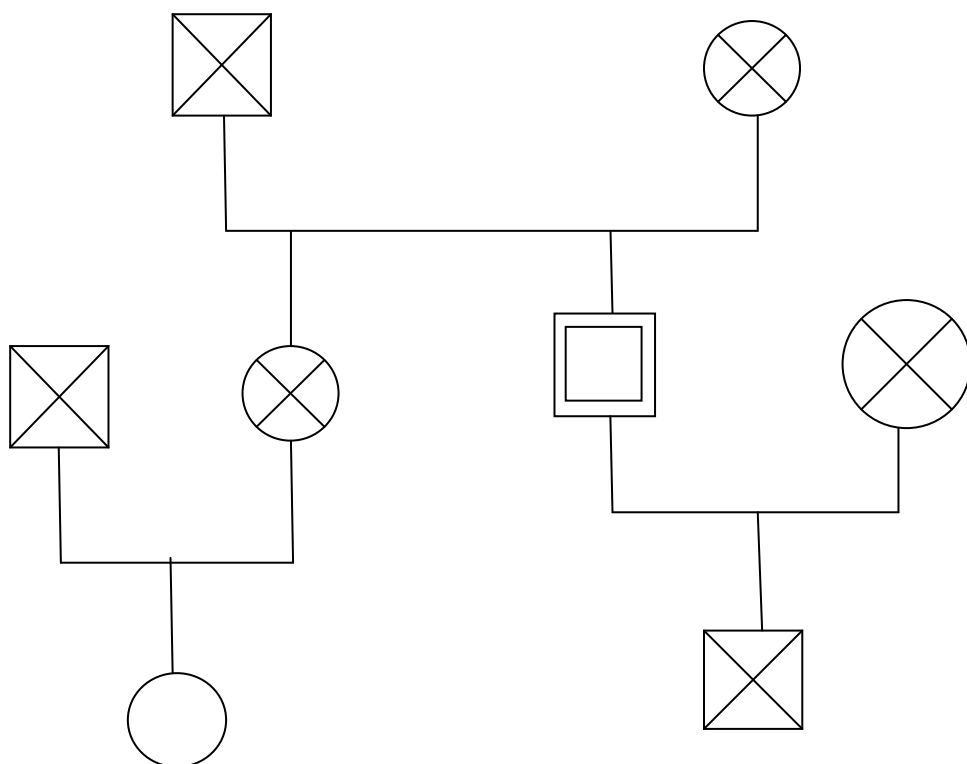


Figura 2. Interrelaciones entre los diferentes profesionales sanitarios que intervienen:



ABORDAJE DE LA ANSIEDAD ASOCIADA A LA IMPLANTACIÓN DE UNA BOMBA DE FLUJO FIJO

AUTOR/ES

Paula Rivas-Bascón, Joaquín Lima-Rodríguez

PALABRAS CLAVE

Ansiedad, Analgesia, Bomba de infusión, Manejo del dolor. Conocimientos Deficientes. Plan de Cuidados.

INTRODUCCIÓN

La implantación de bombas de flujo fijo, para la infusión de analgesia intraespinal es habitual en la Clínica del Dolor. Las personas que la reciben suelen presentar manifestaciones de ansiedad relacionada, en gran parte, con el desconocimiento sobre la intervención y el manejo de la bomba de infusión, que puede mejorar con cuidados enfermeros. Aplicar la metodología enfermera permitió identificar diagnósticos y proponer un plan de cuidados a una mujer a la que se le ha implantado una bomba de este tipo.

VALORACIÓN

Se realizó en noviembre de 2013, por los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon.

Se trata de una paciente de 43 años de edad que acude a las consultas de la Clínica del Dolor derivada por el servicio de oncología del Hospital General de Virgen del Rocío, para tratar el dolor que presenta, derivado de un cuadro lumbociático secundario a un cáncer de cérvix, que está en progreso, con una masa en el retroperitoneo pélvico izquierdo que por contigüidad está afectando a los cuerpos vertebrales L3 y L4.

Tras ser atendida por los especialistas de la clínica, se decidió que la mejor manera de intentar paliar el dolor era el empleo de una bomba implantada de flujo fijo, para la infusión de fármacos en el espacio intraespinal. Es por ello que entramos en contacto con ella.

1. Patrón de Percepción/Manejo de la Salud

Mujer de 43 años de edad. Tiene alergia al Ácido Clavulánico. No es fumadora ni bebedora.

En el momento de la valoración se encontraba estable hemodinámicamente, con buen estado general. Diagnosticada de hipertensión arterial, tratada con Hidrosaluteril, y recomendación de régimen terapéutico que sigue adecuadamente.

El tratamiento que mantenía para el dolor era: Pregabalina 250 mg cada 12 horas, Duloxetina 60 mg cada 24 horas, Fentanilo TTS 100 microgramos cada 72 horas y Fentanilo Transmucoso 100 microgramos cada 4 horas.

Acudía a todas sus citas con los especialistas y cumplía los tratamientos propuestos para tratar su enfermedad adecuadamente. Había seguido 3 ciclos quimioterápicos para tratar su cáncer con escasa respuesta.

2. Patrón Nutrición/Metabolismo

Alimentación por vía oral. No presentaba problemas de dentición. En los últimos meses seguía una dieta hiposódica e hipocalórica. Había perdido 23 kilogramos aproximados de peso en el último año y medio, pesando al ser valorada 86 kilogramos y una estatura de 1,70 cm.

Se encontraba en ayunas desde las 12 de la noche por preparación para la intervención quirúrgica programada. Su aspecto general era bueno, y su piel estaba bien hidratada y perfundida.

3. Patrón Eliminación

Patrón habitual de eliminación intestinal de 1 vez/día, sin usar ningún tipo de ayudas para la eliminación, y tipo de heces normal. Eliminación urinaria normal, unas 5-6 veces al día.

4. Patrón Actividad/Ejercicio

Independiente para las actividades de la vida diaria y respiración sin dificultad (Índice de Barthel: 91 puntos o dependencia escasa). Test de Norton de 16: sin riesgo de úlceras por presión. Aunque podía movilizarse sin dificultad, debido al dolor que le causa el movimiento, había reducido mucho su actividad física en el último mes y medio aproximadamente. Su mayor actividad de ocio consistía en pasar tiempo con sus hijos, con los que disfruta mucho.

5. Patrón Reposo/Sueño

Suele dormir adecuadamente, unas 6-8 horas, aunque debido a la ansiedad por la intervención tan próxima, llevaba dos noches con dificultad para conciliar el sueño porque antes de dormir se le viene la preocupación por la "bomba" a la cabeza.

6. Patrón Cognitivo/Perceptual

Consciente, y bien orientada temporo-espacialmente (Test Pfeiffer de 0 errores). No presentaba alteraciones en los órganos de los sentidos. Presentaba dolor según escala EVA de 7 originado en la región lumbosacra izquierda y extendido hacia toda la pierna izquierda. El dolor aumentaba con el movimiento según escala EVA pasando a 8-9, a pesar del tratamiento antes indicado. Durante la valoración presenta dolor no controlado en esa zona que se alivia en posición de decúbito, según escala EVA de 4. Manifestaba tener dudas sobre el manejo de la bomba que se le implantaría.

7. Patrón Autopercepción/Autoconcepto

Muy preocupada por su estado de salud y nerviosa ante la intervención quirúrgica en relación a los cuidados que necesitará con la "bomba". Al pasarle la Escala de Ansiedad de Hamilton se obtuvo un resultado de 16 puntos, indicativo de un grado de ansiedad mayor. (1)

8. Patrón Rol-Relaciones

Se expresaba sin dificultad. Vivía con su marido y sus dos hijos. Acompañada por el marido. Confesó sentirse muy apoyada por toda su familia y sobre todo por su marido.

Recibía atención por una psicóloga que la está ayudando a manejar la situación con su familia. De momento siente que puede con la situación y está muy agradecida por el apoyo de su familia.

Su marido y cuidador principal tenía apariencia tranquila. Pero al hablar con él manifestaba expresiones de sufrimiento ("no me puedo imaginar vivir sin mi mujer, preferiría morir con ella"), y nerviosismo en cuanto a la enfermedad que ésta padece. Siente que la apoya y lleva bien la situación, pero le preocupa su pérdida.

9. Patrón Sexualidad/Reproducción

Al explorar este patrón la paciente manifestó su deseo de no abordarlo en ese momento.

10. Patrón Adaptación/Tolerancia al Estrés

Confesó ser una mujer bastante tranquila habitualmente, que se sentía apoyada por su marido y quién la ayudaba a llevar mejor las situaciones de estrés.

11. Patrón Valores/Creencias

No se confesó muy religiosa y la hospitalización no iba a influir, por tanto, en sus prácticas religiosas. Para ella lo más importante es la familia, que nunca le fallaba.

PLAN DE CUIDADOS (DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS, INTERVENCIONES Y RESULTADOS)

PROBLEMAS DE AUTONOMÍA

La paciente no presentaba ninguno.

PROBLEMAS INTERDISCIPLINARES

PROBLEMAS INTERDISCIPLINARIOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)
P.C: Dolor agudo s/a herida quirúrgica	1400 Manejo del dolor <u>Actividades</u> Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares, especialmente después de las dosis iniciales, se debe observar si hay señales y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas y vómitos). Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición y duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad, observando claves no verbales de molestias. Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor de la paciente.
C.P: Infección s/a procedimientos invasivos, Dispositivo de acceso venoso, herida quirúrgica	3440 Cuidados del sitio de incisión <u>Actividades</u> Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.

	Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada y aplicar antiséptico, según prescripción. Limpiar desde la zona más limpia hacia la zona menos limpia y cambiar el vendaje a los intervalos adecuados. Instruir a la paciente acerca de la forma de cuidar la incisión. 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV) <u>Actividades</u> Mantener una técnica aséptica siempre que se manipule el catéter venoso y las precauciones universales. Verificar las órdenes de las soluciones a perfundir y determinar la frecuencia del flujo Observar si hay signos de oclusión del catéter. Instruir al paciente y su familia sobre el mantenimiento del dispositivo y su propósito.

DIAGNÓSTICO (DXE)(2)	OBJETIVOS (NOC)(3)	INTERVENCIONES (NIC)(4)
00146 Ansiedad Relacionado con Desconocimiento sobre el procedimiento terapéutico (manejo de la bomba de infusión) Manifestado por Temor, preocupación y ligero insomnio	1402 Control de la ansiedad <u>Indicadores</u> 140217. Controla la respuesta de ansiedad Refiere dormir de forma adecuada. Escala Manifestado: Nunca / Raramente / En ocasiones / Con frecuencia / Constantemente (1-5). 1814 Conocimiento: procedimiento terapéutico <u>Indicadores:</u> Descripción de los cuidados adecuados del equipamiento Escala Conocimiento: Escaso/Moderado/ Extenso Ninguno/ Sustancial/	5820 Disminución de la ansiedad 5340 Presencia <u>Actividades</u> - Realizar escucha activa y proporcionar apoyo psicológico a ella y a su familia - Animarla a manifestar sentimientos, percepciones y miedos. - Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. - Estar físicamente disponible como elemento de ayuda. 5606 Enseñanza individual <u>Actividades:</u> - Instruir a la paciente sobre los cuidados de la "bomba" que se realizarán en cada visita a la unidad del dolor. - Dar información en torno a dudas frecuentes en los pacientes que llevan estas bombas (el paso del dispositivo a través de arcos de seguridad, la actividad física que pueden realizar...). - Hacer hincapié en la importancia de acudir a las recargas en las fechas indicadas para reducir los riesgos de que se produzca un síndrome de abstinencia. - Enseñar a: identificar los síntomas de sobredosis, qué hacer en esos casos y cuándo solicitar la ayuda de un profesional sanitario. - Poner a su disposición un teléfono de contacto de la clínica para casos de consulta. - Dar tiempo a la paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.

EVALUACIÓN

Una vez puesto en práctica el plan de cuidados, tras haber mantenido una relación terapéutica con la paciente y habiendo recibido ésta la información necesaria con respecto a la intervención y sus complicaciones, pronóstico, cuidados de la bomba etc., su nivel de control de la ansiedad pasó desde raramente a manifestado con frecuencia, aumentando por tanto considerablemente. El resultado de la escala de Ansiedad de Hamilton pasó de 16 a 5 puntos (ausencia de ansiedad) (1). Además refirió dormir adecuadamente.

En cuanto a su nivel de conocimientos sobre el procedimiento terapéutico en relación a la bomba de infusión de fármacos al espacio intratecal que se le implantó, éstos pasaron de escasos a extensos, siendo descritos adecuadamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bech P. Rating Scales for Psychopathology, Health Status and Quality of Life. Ed. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. New York, 1993.
2. Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. (2012-14) Barcelona. Elsevier. 2012.
3. Moorhead et al. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 4ª edición. Barcelona. ElsevierMosby. 2009.
4. Bulechek, Butcher, McCloskey. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 5ª edición. Barcelona. ElsevierMosby. 2009

REVISIÓN DE LA PREVALENCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR.

AUTOR/ES

Francisca Domínguez-Guerrero, Laura María Fernández-Mariño, Rosario Gil-Serrano, Yolanda Romero-Barea, Luis Fuentes-Cebada, Javier Manuel Yagüe-Sánchez.

PALABRAS CLAVE

Prevalencia, diagnósticos enfermeros, proceso enfermero

INTRODUCCIÓN

El proceso de enfermería se define como un método sistemático y dinámico para establecer un diagnóstico a partir de la valoración del estado de salud, realizar intervenciones según un plan de cuidado y evaluar su efectividad (1). Dentro del proceso de enfermería, la valoración y formulación de diagnósticos de enfermería son fundamentales para encontrar las necesidades reales o potenciales en una determinada persona. En nuestro entorno hospitalario, nuestro marco conceptual es el modelo de cuidados de Virginia Henderson, utilizándose los lenguajes estandarizados NANDA, NIC y NOC (2)

Para responder a las necesidades de cuidados son necesarios registros clínicos que aseguren la continuidad de los mismos. En febrero de 2007 se inicia en las unidades de hospitalización del Hospital Universitario Puerta del Mar del Servicio Andaluz de Salud en Cádiz, la instalación de la aplicación informática del denominado Módulo de Cuidados Azahar (3). En este estudio se pretende, a través del conjunto mínimo básico de datos que nos proporciona el programa, revisar y analizar la prevalencia diagnóstica del año 2013 comparándola con un estudio de prevalencia anterior en el trienio 2007/2009.

OBJETIVOS

Analizar cómo se comporta cada una de las unidades de hospitalización en el desarrollo del proceso enfermero respecto a la población total atendida durante el año 2013.

Analizar la prevalencia diagnóstica enfermera en unidades de hospitalización del Hospital Universitario Puerta del Mar en el año 2013 contrastándolo con los datos aportados en el estudio realizado en el trienio 2007/2009.

Identificar los diagnósticos enfermeros más prevalentes por unidades de hospitalización.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de diseño descriptivo, retrospectivo y longitudinal consistente en la explotación de los sistemas de información de datos asistenciales de diagnósticos NANDA registrados en historia de salud (Módulo de Cuidados Azahar) de la población de pacientes ingresados en el Hospital Universitario Puerta del Mar durante el año 2013. La metodología utilizada fue de corte cuantitativo.

Se realizó una revisión bibliográfica, a partir de las palabras claves, en la Biblioteca Virtual del Sistema sanitario Público de Andalucía (BVSSPA), donde se encuentran indexadas las bases de datos y revistas de salud más destacadas: Medline, Pubmed, Cuiden, Cochrane, Fistera, Dialnet, entre otros; para tratar de saber el estado general de la prevalencia en los diagnósticos.

RESULTADOS

Los diagnósticos más prevalentes se concentran en 10 etiquetas NANDA, representando en datos absolutos más del 60 % del total. Los diagnósticos más frecuentes en el año 2009 fueron: Disposición para mejorar los conocimientos (especificar), Riesgo de infección, Deterioro de la movilidad física, Ansiedad, Conocimientos deficientes (especificar), Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, Temor, Intolerancia a la actividad, Riesgo de caídas y Deterioro de la integridad cutánea.(Tabla 1)

Para el año 2013, los diagnósticos más prevalentes fueron: Disposición para mejorar los conocimientos (especificar), Temor, Ansiedad, Riesgo de infección, Dolor agudo, Deterioro de la movilidad física, Conocimientos deficientes (especificar), Conductas generadoras de salud (especificar), Deterioro de la integridad cutánea e Intolerancia a la actividad. (Tabla 2)

CONCLUSIONES

No podemos realizar una comparativa de la producción entre los años 2009-2013 debido a la incorporación paulatina de las diferentes unidades.

Disminuyen los porcentajes de producción en las diferentes etapas del proceso enfermero, indistintamente de la unidad que se trate. Destaca la disminución del 25% entre valoraciones iniciales e informes de continuidad. Estos resultados invitan a profundizar y buscar la razón de esta disminución.

En la comparativa diagnóstica en el año 2013 aparecen como diagnósticos más prevalentes el dolor agudo y las conductas generadoras de salud. Siendo el primero un problema de colaboración según el modelo de Virginia Henderson. Este aumento se ha producido por la incorporación de las unidades de Maxilofacial-cirugía general y UGC de Obstetricia y Ginecología.

Se precisan desarrollar nuevas estrategias de gestión, así como acciones formativas encaminadas a dotar a los profesionales de conocimientos y habilidades para la elaboración de Planes de Cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. Barcelona: Springer-Verlag Iberica, 1999. Henderson V. La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid. Mcgraw-Gill. Interamericana de España. NANDA, Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Elsevier España. 2009-Barcelona. España.

NANDA, Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Elsevier España. 2009-Barcelona. España

Yagüe Sánchez, Javier; Torres Pérez, Encarna; Fuentes Cebada, Luis; Cantizano García, Pilar; Gil Serrano, Rosario; Rubio Barranco, Asunción. Evaluación del Módulo de Cuidados Azahar en el HUPM. Rev Paraninfo Digital, 2010; 8. Disponible en: </para/n8/045.php> Consultado el 3 de Marzo de 2014.

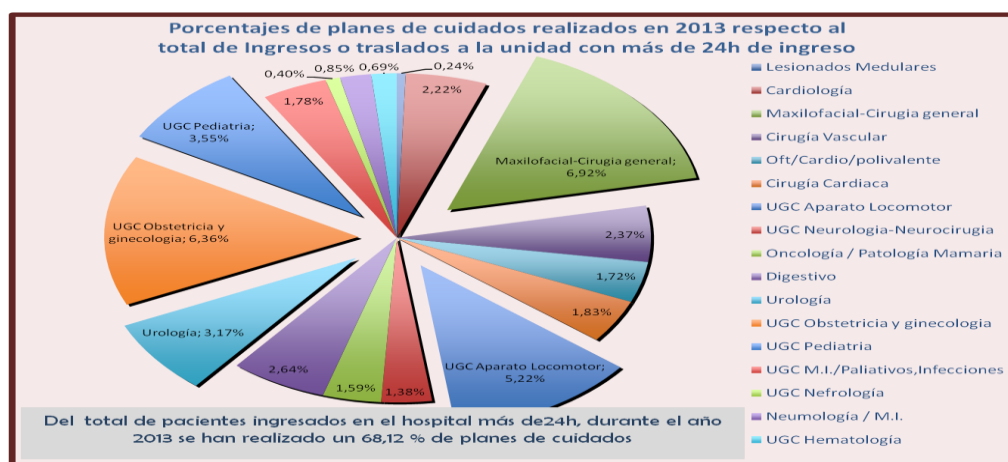
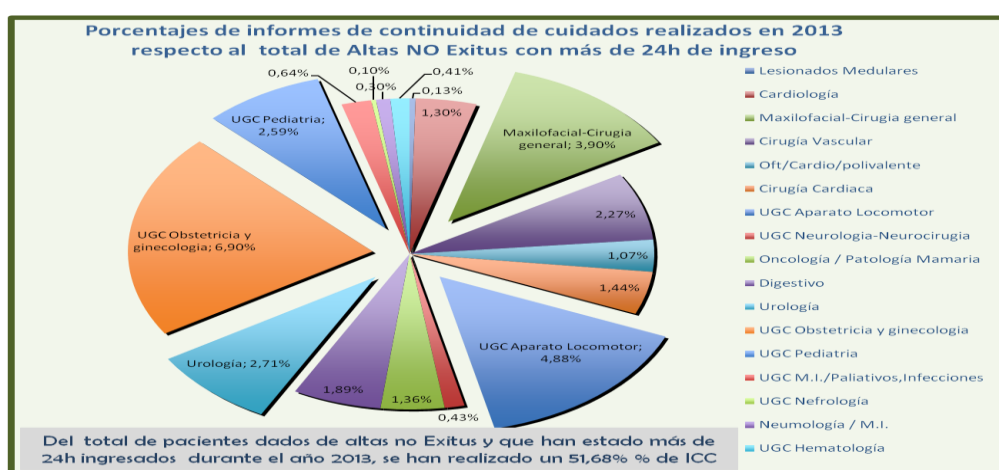
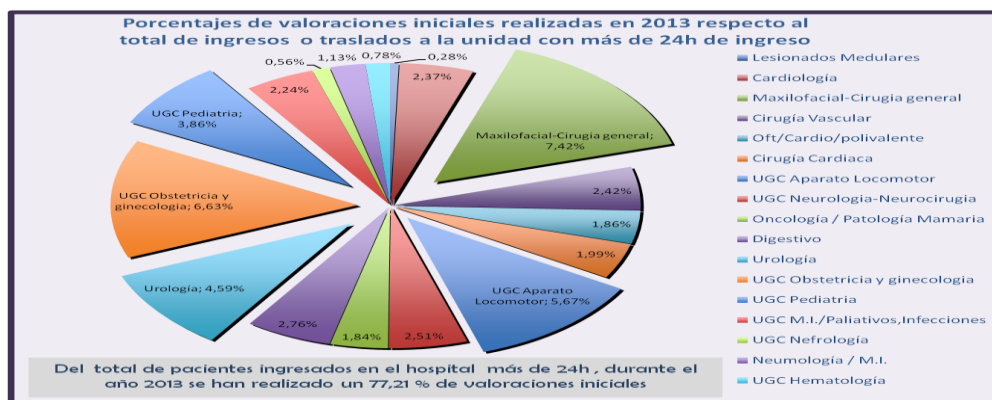
ANEXOS

Tabla 1

Año 2009		
Etiqueta diagnóstica	Frecuencia diagnóstica	Frecuencia diagnóstica relacionada con el total de altas
Disposición para mejorar los conocimientos (especificar)	5439	12,61%
Riesgo de infección	4284	9,94%
Deterioro de la movilidad física	3941	9,14%
Ansiedad	3881	9%
Conocimientos deficientes (especificar)	2835	6,58%
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	1992	4,62%
Temor	1607	3,73%
Intolerancia a la actividad	1333	3,09%
Riesgo de caídas	1325	3,07%
Deterioro de la integridad cutánea	1007	2,34%

Tabla 2

Año 2013		
Etiqueta diagnóstica	Frecuencia diagnóstica	Frecuencia diagnóstica relacionada con el total de altas
Disposición para mejorar los conocimientos (especificar)	7152	33,82%
Temor	7152	33,82%
Ansiedad	3329	15,74%
Riesgo de infección	2816	13,32%
Dolor agudo	2637	12,47%
Deterioro de la movilidad física	1734	8,20%
Conocimientos deficientes (especificar)	1673	7,91%
Conductas generadoras de salud (especificar)	1365	6,46%
Deterioro de la integridad cutánea	1143	5,41%
Intolerancia a la actividad	802	3,79%



PROCESO ENFERMERO SOBRE UN CASO CLÍNICO DE SÍNDROME DE WEST

AUTOR/ES

Ana López-Lorente, Cristina Lugo-Rodríguez, Sheila Márquez-Nogues. Estudiantes de 4º de Grado en Enfermería del Centro de Enfermería Cruz Roja adscrito a la Universidad de Sevilla.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de West, espasmo infantil, convulsiones e hipsarritmia fragmentada.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de West también conocido como síndrome de los espasmos infantiles, está comprendido dentro del grupo de las encefalopatías epilépticas, este síndrome se encuentra caracterizado por tres síntomas típicos que son espasmos epilépticos, retraso del desarrollo psicomotor y electroencefalograma con un trazado característico de hipsarritmia, aunque uno de los tres puede no aparecer. Este síndrome debe su nombre a William James West un médico inglés pionero en su descubrimiento, lo halló en su propio hijo. Es considerado un síndrome grave y poco frecuente¹.

Niña de 5 meses, acude al centro de salud por la presencia de llanto anormal y espasmos en flexión 4-5 veces seguidas, varias veces al día. Fue diagnosticada en el centro de salud de cólico del lactante.

A la semana vuelve al centro de salud porque no presenta mejoría, la niña se encuentra cada vez más irritable y persisten los espasmos. El pediatra le manda un electroencefalograma (EEG) urgente.

Los padres acuden al servicio de electroencefalografía del Hospital universitario Virgen del Rocío con imágenes grabadas de los espasmos en flexión. Se le realiza el EEG, en una primera fase el niño se encuentra despierto, posteriormente dormido, momento en el cual se le observa hipsarritmias fragmentadas. El neurofisiólogo confirma el diagnóstico del síndrome de West.

Se deriva a neuropediatría, donde se le realizan pruebas complementarias (TAC, RM, Analítica) y se le prescribe la primera pauta de tratamiento: Vigabatrina. Se le realizan controles EEG cada 2-3 días para valorar la presencia de hipsarritmias.

Tras 20 días de tratamiento las hipsarritmias continúan, por lo que se valora un cambio de tratamiento corticoide ACTH. Debido a este tratamiento se produce una alteración del sistema inmunitario y se procede al aislamiento por inmunosupresión.

Se continúan con los controles de EEG hasta la desaparición de hipsarritmias, se deriva a su centro de salud para la retirada progresiva del tratamiento corticoesteroideo y para controles semanales de EEG

Posteriormente tras la normalización del niño se le realizan controles mensuales de EEG.

Antecedentes:

Embarazo de curso normal. Parto a término, vaginal y sin incidencias.

APGAR 10. Peso al nacer 3,125 Kg.

Peso en la última consulta de niño sano 10,115kg

VALORACIÓN

Según las 14 necesidades de Virginia Henderson:

1. Necesidad de respirar normalmente.

Sin dificultad respiratoria ni expectoración. Durante los cuadros de convulsiones se ve comprometida la respiración.

Manifestación de Independencia: Respiración regular.

2. Necesidad de comer y beber adecuadamente.

Desde la aparición de los llantos ha disminuido la ingesta y esto se ve reflejado en una disminución del peso. Peso actual 8.900 kg

Manifestación de Dependencia: depende de los padres para alimentarse e hidratarse.

3. Necesidad eliminar por todas las vías corporales.

Orina: Frecuencia 6-7 veces/día.

Aspecto: Normal.

Heces: Frecuencia: 1 vez al día.

Características: Formadas y normocoloreadas.

Manifestación de Dependencia: Orina y defeca en el pañal.

4. Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas.

Alterada durante los episodios de espasmos de flexión que ocurren varias veces al día.

Manifestación de Dependencia: Necesita ayuda para la movilización y mantenimiento de buena postura.

5. Necesidad de dormir y descansar.

Horas de sueño alteradas, no continuas. Los padres manifiestan una alteración del sueño debido a la situación del niño.

Manifestación de Independencia: Duerme de forma no continuada.

6. Necesidad de escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse.

Ropa adecuada.

Manifestación de Independencia: Vestida y desvestida por los padres con la ropa adecuada.

7. Necesidad de mantener la temperatura corporal en los límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente.

Correcta. Condiciones del hogar adecuado, casa acondicionada. Disponen de calefacción y buena ventilación.

8. Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, mucosa y faneras.

Limpia y aseada. Uñas cuidadas.

Manifestación de Dependencia: Cuidada por los padres adecuadamente.

9. Necesidad de evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.

Los padres refieren que durante los cuadros de convulsiones han tenido riesgo de lesión aunque intentan evitar los peligros.

Correctamente vacunada.

Manifestación de Independencia: Peligros evitados por los padres.

10. Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.

Los padres refieren llanto anormal y aumento de su frecuencia en los últimos días.

11. Necesidad de actuar de acuerdo con sus creencias y valores.

Necesidad no desarrollada.

12. Necesidad de ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.

Desde cambio en su actitud se encuentra apático ante estímulos que previamente le distraían.

13. Necesidad de participar en actividades recreativas.

Necesidad no desarrollada.

14. Necesidad aprender a descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a una salud adecuada.

Se le informa a los padres de las posibles secuelas cognitivas derivadas de su enfermedad. Los padres tras esta información se encuentran nerviosos y con numerosas dudas.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c factores psicológicos m/p pérdida de peso².

Conocimientos deficientes r/c falta de información del proceso patológico m/p verbalización del paciente².

Cansancio en el desempeño del rol del cuidador r/c incertidumbre sobre la situación de cuidados m/p falta de tiempo para las necesidades personales².

Riesgo de lesión r/c factores físicos².

Los problemas de colaboración abarcados son:

Infección s/a tratamiento corticoesteroideo

Asfixia s/a procesos patológicos.

RESULTADOS

Peso: masa corporal³.

Conocimiento: proceso de la enfermedad³.

Ejecución de rol de padres³.

Salud emocional del cuidador principal³.

Ambiente seguro del hogar³.

Caídas³.

INTERVENCIONES

Las intervenciones que se realizarán son:

Ayuda para ganar peso⁴.

Terapia nutricional⁴.

Manejo ambiental⁴.

Enseñanza: proceso de la enfermedad⁴.

Potenciación de roles⁴.

Aumentar el afrontamiento⁴.

Asesoramiento⁴.

Manejo ambiental: seguridad⁴.

Precauciones contra convulsiones⁴.

Vigilancia seguridad⁴.

Protección contra las infecciones⁴.

Manejo de las vías aéreas⁴.

Cambio de posición⁴.

EVALUACIÓN

En 15 días se valorará el equilibrio nutricional mediante el control del peso diario y observando el grado de ingesta del lactante gradualmente

En 5 días las dudas disminuirán y serán capaces de hallar información sobre el tema en caso de necesidad

En 30 días los padres relatarán actividades de ocio que han realizado

En 7 días se valorará que la adecuación del medio haya sido la correcta de manera que prevenga los riesgos descritos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Mardomingo-Sanz MJ, Soutullo-Esperón C. Psiquiatría del niño y el adolescente. Editorial médica panamericana; 2010.
- 2- NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. 1ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.
- 3- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
- 4- Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.

ADOLESCENCIA Y CÁNCER. CUIDADOS EMOCIONALES

AUTOR/ES

Cristina Vaquero Rodríguez y Trinidad Jara Díaz

INTRODUCCIÓN

Este caso clínico está basado en usuario de nuevo ingreso en la unidad de Oncohematología Pediátrica del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Se trata de una joven de 14 años de edad que ingresa para colocación de reservorio intravenoso subcutáneo (RIVS). Tras alta reingresa el día 25 de Noviembre para inicio de tratamiento con quimioterapia. En este segundo ingreso, su enfermera responsable le realiza valoración inicial y plan de cuidados al ingreso. Durante los tres días siguientes, se observa que la joven comienza a manifestar cambios en su conducta, refiere dolor, miedo, ansiedad y pérdida de autonomía en la movilidad. Enfermería, por ser la profesión se encuentra a pie de cama, por su cercanía con el paciente y familia y por su carácter holístico, es idónea para abordar estos problemas de salud. Debido a estas circunstancias se decide elegir a la joven descrita para la realización del plan de cuidados en el caso clínico.

Para mejor comprensión del caso, a continuación se describe la situación clínica de la usuaria elegida y una nueva valoración sistemática.

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 14 años de edad, nacida en Sevilla. Se encuentra hospitalizada en la unidad de Oncohematología pediátrica del H.I.V.R. desde el día 25/11/13.

Motivo del ingreso: Inicio de Quimioterapia Neadyuvante para osteosarcoma localizado en tibia derecha.

Antecedentes:

Padre: 49 años. Enfermero y militar. Padece HTA.

Madre: 49 años. Dependienta. Sana

Hermano: 10 años. Sano

Personales: correcta vacunación, no alergias, otitis de repetición que precisó timpanocentesis. Deportista (voleibol).

Enfermedad actual:

Sin incidencias de salud hasta el momento. Tras traumatismo hace 50 días haciendo deporte comienza con dolor en rodilla derecha e impotencia funcional. El dolor le despierta por las noches e impide su actividad física habitual. No presenta otra sintomatología acompañante.

Acude al servicio médico y se procede a la realización de pruebas diagnósticas. Tras completar el estudio se diagnostica de osteosarcoma en metáfisis proximal de tibia derecha. Se trata de

X Symposium AENTDE. Sevilla 2014.

tumoración central, lesión ósea con características de agresividad, con epicentro en región metafisiaria proximal tibial y extensión transfisiaria para comprometer a la epífisis tibial en su margen externo y región central, así como caudal hacia región diáfisis proximal. Destrucción ósea del córtex tibial posterior que asocia voluminosa masa de partes blandas en el compartimento posterior que desplaza posteriormente grupos musculares de este compartimento (gemelos y sóleo) y en sentido central el paquete neuromuscular.

Juicio clínico:

Osteosarcoma localizado en la metáfisis proximal de tibia derecha.

Plan de actuación:

Canalización de RIVS e inicio de Quimioterapia neoadyuvante.

Evolución hasta 28 de Noviembre:

Se encuentra desganada y no tiene ganas de ver a nadie. No colabora con algunos profesionales. No quiere ir a la escuela.

No se ha levantado de la cama en los días 26 y 27 de Noviembre. Se recomienda levantarse ocasionalmente (presenta grave riesgo de fractura de tibia).

Diuresis adecuada. No hematuria

Disconfort en articulación temporomandibular (ATM) izquierda.

PLAN CUIDADOS EMOCIONALES

VALORACIÓN

Patrón Percepción / Manejo de la salud.

No refiere alergias

Antecedentes personales: vacunación completa

Patologías crónicas: otitis de repetición

Medicamentos que toma: Ibuprofeno 600mg (1-1-1)

Adherencia al tratamiento médico y cuidados adecuados.

Refiere desear más información sobre su proceso de enfermedad porque la situación le genera miedo y ansiedad.

Patrón autopercepción / autoconcepto.

Carácter habitual del niño: irritable, con enfados frecuentes, triste, preocupada por posibilidad de muerte.

Cambios producidos por la enfermedad: aumento de peso.

Respuesta a estos cambios físicos: enfado

Observaciones: refiere estar afectada por el cambio en la imagen corporal, aumento de peso, dice "verse fea".

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

(148) Temor r/c falta de conocimiento sobre el proceso de enfermedad m/p conductas de evitación y verbalización de la paciente. ⁽²⁾

(00147) Ansiedad ante la muerte r/c Incertidumbre sobre el pronóstico m/p expresión de tristeza profunda. ⁽²⁾

(00118) Trastorno de la imagen corporal r/c percepción negativa de su físico m/p verbalización de la paciente ⁽²⁾

NOC: indicadores

(1200) Imagen corporal (1-3) en un mes ^(1,3)

(120002) Congruencia entre realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal.(2-3) ⁽³⁾

(120007) Adaptación a cambios en el aspecto físico.(1-2) ⁽³⁾

(120017) Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto.(1-3) ⁽³⁾

(1300) Aceptación: estado de salud. (1-3) en 2 meses. ^(1, 3)

(130003) Calma.(1-3) ⁽³⁾

(130008) Reconocimiento de la realidad de la situación de salud(1-2) ⁽³⁾

(130017) Se adapta al cambio en el estado de salud(1-2) ⁽³⁾

(1404) Autocontrol del miedo (1-4) en dos meses. ^(1, 3)

(140403) Busca información para reducir el miedo (1-3) ⁽³⁾

(140405) Planea estrategias para superar las situaciones temibles (1-3) ⁽³⁾

(140417) Controla la respuesta de miedo (1-4) ⁽³⁾

NIC: actividades

(4920) Escucha activa ^(1, 4)

Mostrar interés en el paciente ⁽⁴⁾

Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación (p.ej.: saber que la posición física expresa mensajes no verbales) ⁽⁴⁾

(5230) Aumentar afrontamiento. ^(1, 4)

Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento. ⁽⁴⁾

Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente. ⁽⁴⁾

(5380) Potenciación de la seguridad. ^(1, 4)

Escuchar los miedos del paciente/familia. ⁽⁴⁾

Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera. ⁽⁴⁾

(5820) Disminución de la ansiedad. ⁽⁴⁾

Crear un ambiente que facilite la confianza. ⁽⁴⁾

Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad ⁽⁴⁾

EVALUACIÓN

Para evaluar el grado de temor, ansiedad ante la muerte y el trastorno de la imagen corporal, se realizarán entrevistas diarias con la paciente, aprovechando los momentos de realización de técnicas y otras entradas en la habitación. Además se observará si existen conductas de evitación hacia los profesionales sanitarios. Se comparará la información obtenida con los resultados esperados en todos sus indicadores, valorando así el grado de consecución de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Johnson M. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos: soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.

(2) Diagnósticos Enfermeros de la Nanda. Definiciones y Clasificación 2001-2002 Harcourt. Madris 2001

(3) Johnson, M et al. Clasificación Resultados de enfermería (CRE), Nursing Intervention Classification (NOC) Segunda Edición. Elsevier Science. Madrid 2002

(4) McCloskey, J.C., Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) Nursing Interventions Classification (NIC) 3ª edición. Elsevier Science. Madrid. 2002

OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE EL ABORDAJE INDEPENDIENTE DE LOS FACTORES RELACIONADOS NANDA.

AUTOR/ES

M Macarena Romero-Martín¹, Alejandra Rossiñol-Rodríguez²

Profesora del Centro de Enfermería Cruz Roja adscrito a la Universidad de Sevilla.

Alumna de tercero de Grado del Centro de Enfermería Cruz Roja adscrito a la Universidad de Sevilla.

Palabras clave: Incontinencia urinaria, diagnóstico de enfermería.

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de enfermería desempeñan en la práctica asistencial un doble papel: el rol propio y el de colaboración. Desde el rol propio la enfermera aborda los diagnósticos enfermeros asumiendo la responsabilidad de las intervenciones propias y de los resultados obtenidos. Desde el rol de colaboración, se llevan a cabo las actividades propias de enfermería dentro de un plan terapéutico multidisciplinar en el que el control y la autoridad recae en otro profesional¹.

Los diagnósticos de enfermería son problemas de salud reales o potenciales, en los que enfermería actúa de forma independiente para prevenirlos, resolverlos o reducirlos, y proporcionan la base para la elección de las intervenciones enfermeras. Los factores relacionados son aquellas causas relacionadas con el diagnóstico sobre las que enfermería actúa independientemente para resolverlas².

Por otro lado, los problemas de colaboración son complicaciones en las que enfermería realiza actividades delegadas por otro profesional. Son situaciones en las que el individuo requiere que el profesional de enfermería haga por él/ella ciertas actividades indicadas por otro profesional, normalmente el médico³.

La etiología de los diagnósticos enfermeros es abordable por enfermería de forma independiente y la etiología de los problemas de colaboración requiere un abordaje multidisciplinar. Por lo tanto, los factores relacionados de los diagnósticos enfermeros deberían hacer referencia a causas para las que enfermería tenga competencia para iniciar y evaluar un plan de acción de forma autónoma.

Se considera incontinencia urinaria a la pérdida de orina involuntaria significativa para la persona que la padece. Aunque es más frecuente entre la población mayor, no es una consecuencia del proceso de envejecimiento. Es un problema de salud con grandes consecuencias para la calidad de vida de la persona⁴. Esta situación afecta al menos al 10-20% de las mujeres menores de 65 años y hasta un 56% de las mujeres mayores de 65 años⁵.

La North American Nursing Association (NANDA) incluye en su clasificación de diagnósticos enfermeros, cinco relacionados con la incontinencia urinaria (IU)⁶:

IU de esfuerzo: pérdida repentina que acompaña a un aumento de la presión intraabdominal

IU de urgencia: emisión involuntaria ocurrida inmediatamente después de sentir el deseo de orinar

IU funcional: dificultades para llegar al inodoro o disponer de los recursos necesarios antes de la emisión de orina

IU por rebosamiento: pérdida de orina relacionada con una sobredistensión de la vejiga

IU refleja: pérdida de orina involuntaria tras el llenado vesical

Estos diagnósticos tienen establecidos unos factores relacionados recogidos en la taxonomía NANDA. El presente trabajo pretende dar respuesta a la pregunta ¿son estos factores relacionados de los diagnósticos enfermeros relacionados con la incontinencia urinaria, causas sobre las que enfermería puede actuar de forma independiente en la realidad de nuestra práctica asistencial?.

OBJETIVO

Describir la opinión de los enfermeras/os sobre el abordaje independiente de los factores relacionados de un grupo de diagnósticos NANDA⁶ sobre la incontinencia urinaria.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. Se llevó a cabo un muestreo de conveniencia entre profesionales de enfermería de la Clínica Sagrado Corazón, Sevilla.

Se consultó directamente con los profesionales de la práctica clínica sobre su percepción del abordaje independiente de los factores relacionados de un conjunto de diagnósticos relacionados con la incontinencia urinaria. Para ello se distribuyó un cuestionario de elaboración propia con los factores relacionados de los diagnósticos NANDA Incontinencia urinaria de esfuerzo, urgencia, funcional, por rebosamiento y refleja⁶. Se solicitó que los clasificasen como abordable por enfermería independientemente y desde la colaboración con otros profesionales.

Los/as participantes fueron informados del propósito del estudio y aceptaron participar voluntariamente. La dirección de enfermería fue informada del desarrollo del estudio. Los datos fueron grabados de forma anónima en una base de datos para su posterior tratamiento.

El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 20.0, las figuras gráficas se elaboraron con el programa excel 2003.

RESULTADOS

La muestra estuvo formada por 37 profesionales asistenciales de la Clínica Sagrado Corazón, Sevilla. Se encuentra una diferenciación entre los factores que se perciben como independientes y los que no. El factor que se percibe mayoritariamente como abordable independientemente por enfermería es la obstrucción del drenaje vesical 94,6% y el factor que perciben como abordaje colaborativo en su totalidad es el prolapso pélvico severo 100%, como se recoge en la figura 1. El diagnóstico de Insuficiencia urinaria refleja es el que resulta con más factores relacionados percibidos como no abordables de forma independiente, como se refleja en la figura 2.

Figura 1. Factores relacionados abordables de forma independiente por enfermería

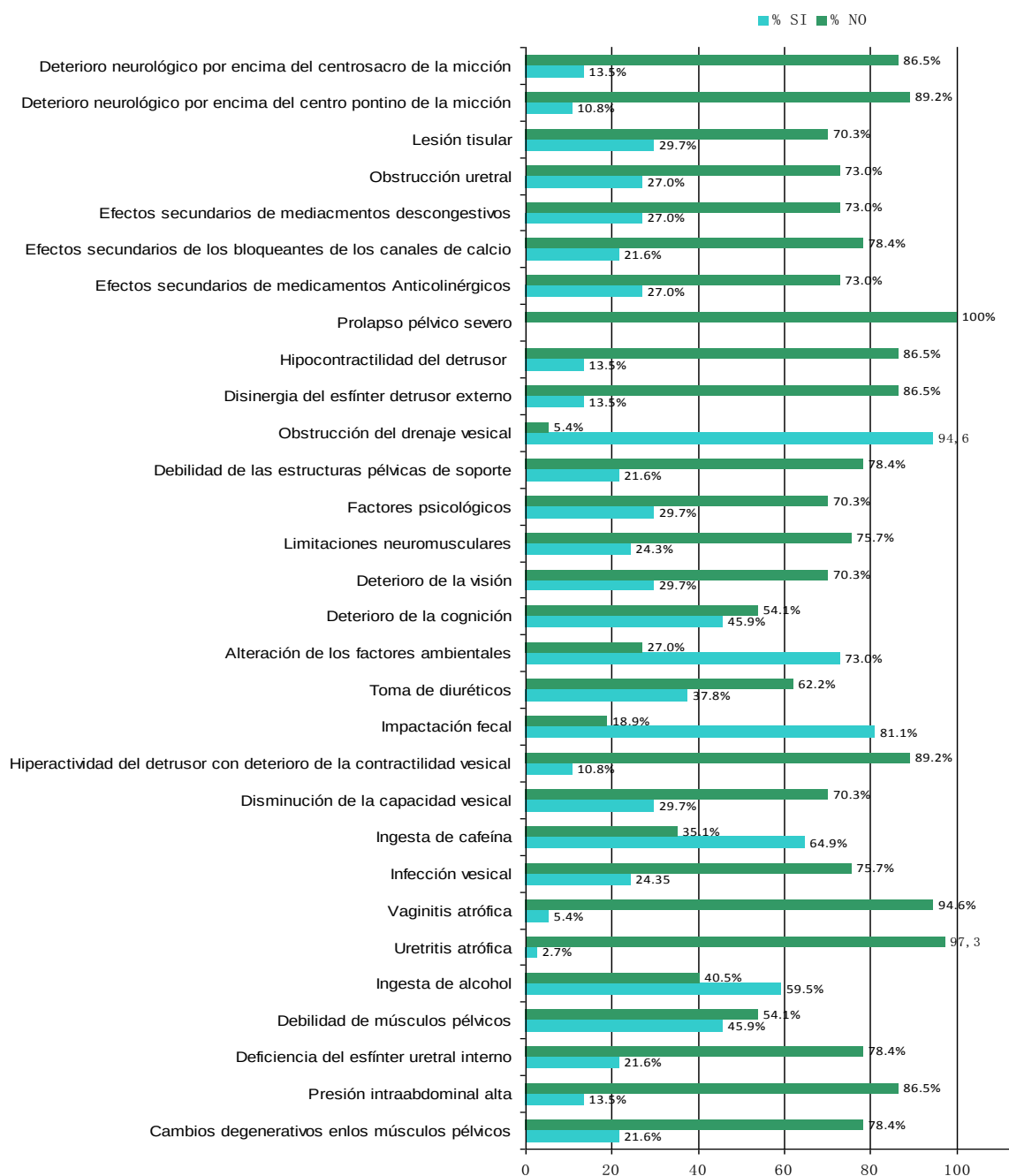
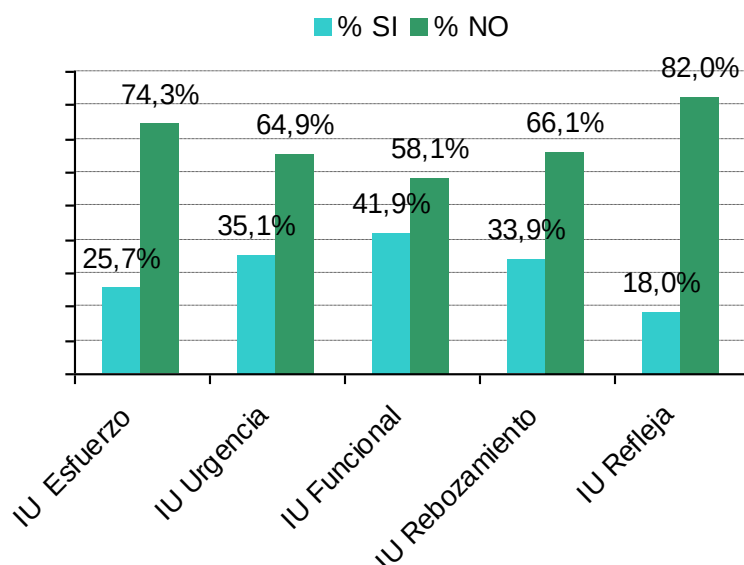


Figura 2. Diagnósticos NANDA abordables de forma independiente por el profesional de enfermería



CONCLUSIONES

El factor relacionado identificado con más claridad como abordable desde la colaboración es el prolapso pélvico severo. El tratamiento más común en los casos severos o recurrentes es la histerectomía con malla sintética de soporte, suponiendo la primera indicación de esta intervención quirúrgica⁷. De este modo, enfermería no asume de forma independiente la responsabilidad del prolapso pélvico severo, su abordaje es multidisciplinar.

El siguiente factor relacionado percibido por los profesionales como una etiología de responsabilidad compartida es la uretritis atrófica. La uretritis es una inflamación de la uretra habitualmente debido a un proceso infeccioso de las vías urinarias bajas. El tratamiento, por lo general, implica terapia farmacológica y educación del paciente para la prevención de infecciones recurrentes, que incluya, entre otras medidas, higiene, ingesta de líquidos y hábitos miccionales⁸. El tratamiento farmacológico es responsabilidad del/a médico y el profesional de enfermería asume las actividades de prevención.

Los profesionales de enfermería consultados reconocieron como factor relacionado propio de enfermería la obstrucción del drenaje vesical. El drenaje vesical entendido como sondaje suprapúbico es una técnica quirúrgica percutánea llevada a cabo por el/a médico⁹. Las funciones de enfermería de reducen a los cuidados de la sonda tras su inserción y vigilar complicaciones, entre otras, su permeabilidad notificando cualquier sospecha de obstrucción¹⁰. La respuesta de los profesionales consultados puede deberse a la interpretación de drenaje vesical como sonda o catéter urinario.

La impactación fecal es igualmente valorada con una alta frecuencia como factor relacionado independiente de enfermería. La impactación fecal es la formación de una gran masa fecal retenida en el intestino. Su evacuación se facilita con la administración de enemas o la extracción digital, la responsabilidad de ambas intervenciones son atribuibles al profesional de enfermería¹¹.

A modo de conclusión, podríamos resumir que los profesionales de enfermería perciben claramente una diferenciación entre los factores relacionados que se abordan de forma independiente de los que no. La mayoría de los factores relacionados son percibidos como no independientes. El diagnóstico enfermero con más factores relacionados identificados por los profesionales como abordables en colaboración es la Incontinencia Urinaria refleja.

BIBLIOGRAFÍA

Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2005.

Ugalde Apalategui, M. Rigol i Cuadra, A. Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Barcelona: Masson; 1995. (reimpresión 1999).

Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.

Lewis SM, Heitkemper MM, Dirksen SR. Enfermería Medicoquirúrgica. Valoración y cuidados de problemas clínicos. Vol II. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.

Barranco Berrocal MG, Abdel Karim Ruiz M, Hernández Rabal M. Dispositivos para el prolapso de los órganos pélvicos femeninos: el pesario. Paraninfo Digital [Internet] 2013 [acceso 28 febrero 2014]; 7(19). Disponible en <http://www.index-f.com/para/n19/190d.php>

North American Nursing Diagnoses Association. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2012-2014. Madrid: Elsevier; 2012.

Hernández Gonzáles AM. Caso clínico: cuidados de enfermería en la aparición de los prolapsos del suelo pélvico. Enferm Clin. 2008; 18(6): 326-329.

SmeltzerSC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Enfermería medicoquirúrgica. Vol I. 12ªed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2013.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Talla vesical (cistostomía suprapúbica). Documentación de enfermería. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Salud; 2009.

Smith SF, Duell DJ, Martin BC. Técnicas de enfermería clínica. De las técnicas básicas a las avanzadas. Vol II. 7ª ed. Madrid: Pearson, 2009.

Berman A, Zinder SJ, Kozier B, Erb G. Fundamentos de enfermería. Conceptos, procesos y prácticas. Vol II. 8ª ed. Madrid: Pearson, 2008.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE CON MIEMBRO AMPUTADO EN DOMICILIO

AUTOR/ES

Lorena Tarriño Concejero

Estudiante de Enfermería Practicum Iv. Curso 2013/2014

INTRODUCCION

Se presenta un caso clínico realizado durante el practicum IV en VD. Se desarrolla el plan de cuidados para un paciente con amputación de MMII hace 3 meses. Acudimos a su domicilio para controles rutinarios. Además últimamente ha sufrido varias caídas y su estado anímico es bajo. He utilizado la valoración de V.H, para sus 14 necesidades, estando afectados principalmente ocuparse de su propia realización y evitar peligros ambientales. Además necesita ayuda parcial para el baño y la higiene, vestirse y moverse y mantener una buena postura por su limitación funcional.

VALORACIÓN

Según necesidades de Virginia Henderson:

1. Respirar normalmente

- No alterado.

2. Alimentarse e hidratarse adecuadamente

- Realiza dieta diabética
- Piel y membranas mucosas hidratadas. Integra y limpias.

3. Eliminar por todas las vías corporales

- Eliminación Fecal y urinaria no alterada.

4. Moverse y mantener posturas adecuadas

- Aparato locomotor inestable a causa de la amputación de miembro izquierdo.
- Utiliza recursos para mejorar la movilidad como silla de ruedas, muletas y su esposa también le ayuda.
- Desde que se le realizó la amputación ha sufrido 3 caídas (una en la calle y dos en su domicilio), manifiesta que le preocupa caerse de nuevo.

5. Dormir y descansar

- No alterado.

6. Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse

- Necesita ayuda parcial, la cual es prestada por su esposa.

X Symposium **AENTDE**. Sevilla 20**14**.

7. Mantener la temperatura corporal en los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente

- No alterado.

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel y faneras

- Precisa ayuda parcial para la higiene, posee una sillita adaptada dentro de la placa ducha y su esposa lo ayuda.

9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas

- Antecedentes de 3 caídas en los últimos meses

- Adopta para evitar lesiones,(traumáticas o térmicas) recursos como: silla de ruedas, muletas, y ropa adecuada a la estación del año.

- Descontento por los nuevos cambios que conlleva la pérdida de su miembro, manifiesta sentirse inútil en muchas ocasiones y desesperado, aunque tiene muchas ganas de adaptarse a la nueva situación.

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades o temores

- Estado emocional habitual: tranquilo.

- Red de soporte familiar: esposa y sus dos hijos con los que mantiene una relación estrecha y cordial

- Persona de confianza con la que comparte sentimientos y emociones: su hija.

11. Actuar de acuerdo con sus propias creencias y valores

- No alterado.

12. Ocuparse de su propia realización

- Se siente inútil, a veces se desespera por su nueva situación que le incapacita para realizar muchas actividades que hacía anteriormente.

Su situación actual de salud repercute en sus hábitos, (Ocupacionales, familiares, sociales)ya que se han visto disminuidas por su limitación funcional.

13.- Participar en actividades recreativas

Las considera muy importante en su vida y se reúne con los amigos para hablar y jugar a la petanca. Y además le encanta ver la TV y escuchar música.

14.- Aprender, descubrir o satisfacer su curiosidad que conduce a una salud adecuada

- Posee las Condiciones físicas y mentales para el aprendizaje adecuadas.

- Manifiesta deseos de adquirir conocimientos respecto a salud: si, es una persona vital y se encuentra con muchas ganas de adaptarse pronto a la nueva situación.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Paciente de 63 años, actualmente desde hace 3 meses con una amputación de MMII a nivel de fémur distal por infección de prótesis de rodilla izquierda por S. Aureus, posee adaptador y está a la espera de la prótesis de miembro ortopédico. Además está diagnosticado de HTA, DM tipo II, valvulopatía aórtica, hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia.

Sigue correctamente el tratamiento farmacológico prescrito: analgésicos, antiinflamatorios, diuréticos e IECAS entre otros.

Acudimos a su domicilio para controles rutinarios, y para ver qué tal se está adaptando a la nueva situación.

A causa de su amputación necesita ayuda parcial para la higiene, moverse y mantener una buena postura y vestirse y desnudarse.

Desde que se le realizó la operación ha tenido dos caídas en el domicilio y una en la calle, porque dice que sigue sintiéndose el miembro intervenido y muchas veces se levanta creyendo que tiene la dos piernas, teniendo cierto temor y preocupación a volver a caerse.

Manifiesta sentirse inútil en algunas ocasiones, y desesperanzado por no poder valerse por sí mismo como antes, pero posee muchas ganas de adaptarse a los cambios ocurridos recientemente, y se define como una persona vital y luchadora.

Posee esposa y dos hijos, uno de ellos viviendo actualmente con ellos, mantiene una relación cordial y satisfactoria con todos ellos. Su esposa es su cuidadora principal y un pilar básico y fundamental según nos expresa él. Se distrae jugando a la petanca y charlando con los amigos, además muestra interés por la lectura y por estar informado de lo que ocurre a su alrededor.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS

00155. Riego de caídas r/c deterioro de la movilidad física e historia de caídas (fuerza y conocimiento).

NOC.CR: 1909 Conducta de prevención de caídas.

Indicadores

190915 Uso de barandillas

190901 Uso correcto de dispositivo de ayuda

190914 Usos de alfombrillas de goma en la bañera o ducha

190917 Uso de precauciones a la hora de tomar medicamentos que aumenten el riesgo de caídas.

NOC.CR: 1404 Autocontrol del miedo

Indicadores:

140405 Planea estrategias para superar las situaciones temibles

X Symposium **AENTDE**. Sevilla 20**14**.

140417 Controla la respuesta de miedo

NIC. Intervención: 6490 Prevención de caídas

Actividades:

Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas

Sugerir cambios en el paso del paciente

Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado

Enseñar al paciente como caer para minimizar el riesgo de lesiones

Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulaci3n.

NIC. Intervenci3n: 5380 Potenciaci3n de la seguridad

Actividades:

Escuchar los miedos del paciente/familia

Ayudar al paciente a identificar los factores que aumentan el sentido de la seguridad

Presentar los cambios de forma gradual

Ayudar al paciente a utilizar las respuestas de capacidad de resoluci3n de problemas que han resultado con 3xito en el pasado.

00120. Baja autoestima situacional r/c deterioro funcional (fuerza psíquica, conocimiento y voluntad) m/p verbalizaciones de negaci3n de sí mismo.

NOC. CR: 1305. Modificaci3n psicosocial.

Indicadores

130502. Mantenimiento de la autoestima

130514. Participaci3n en aficiones recreativas

130509. Uso de estrategias de superaci3n efectivas

NIC. Intervenci3n: 5400. Potenciaci3n de la autoestima.

Actividades

Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima m3s alta.

Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.

Fomentar el aumento de responsabilidades de sí mismo.

Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.

NIC. Intervenci3n: 5270. Apoyo emocional.

Actividades

X Simposium **AENTDE**. Sevilla 20**14**.

Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

Animar al paciente a que exprese sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza y proporcionar apoyo durante el mismo.

Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.

EVALUACIÓN

<u>1404. Autocontrol del miedo</u>	<u>Puntuación inicial</u>	<u>Puntuación esperada</u>	<u>Puntuación final</u>
140417 Planea estrategias para superar las situaciones temibles	3	5	4
140417 Controla la respuesta de miedo	2	4	4
<u>1909. Conducta de prevención de caídas.</u>	<u>Puntuación inicial</u>	<u>Puntuación esperada</u>	<u>Puntuación final</u>
190915 Uso de barandillas	2	4	4
190901 Uso correcto de dispositivo de ayuda	3	4	5
190914 Usos de alfombrillas de goma en la bañera o ducha	3	5	5
190917 Uso de precauciones a la hora de tomar medicamentos que aumenten el riesgo de caídas.	2	4	4
<u>1305. Modificación psicosocial.</u>	<u>Puntuación inicial</u>	<u>Puntuación esperada</u>	<u>Puntuación obtenida</u>
130502.Mantenimiento de la autoestima	2	4	3
130509.Uso de estrategias de superación efectivas	2	4	4
130514.Participación en aficiones recreativas	1	4	3

Escala likert: 1 nunca demostrado; 2 raramente demostrado; 3 a veces demostrado; 4 frecuentemente demostrado; 5 siempre demostrado.

BIBLIOGRAFÍA

NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012- 2014. 1ª ed. 2012. Edición en español.

McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones De enfermería (NIC) 5ª Edición. Elsevier. 2008. Edición en español.

Johnson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación de Resultados de enfermería (NOC). 4ª Edición. Elsevier. 2008. Edición en español.

Interrelaciones NNN. Disponible en: http://www.elsevierinstituciones.es.fama.us.es/ei/ctl_servlet?f=1950. Consultado el 19 de diciembre de 2013.

IMPORTANCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN EL CUIDADO DE LAS PERSONAS CON UPP

AUTOR/ES

Gustavo David Matiz-Vera*, Julián Daniel Hernández-Martínez*, Lizeth Xiomara Guzmán-Carrillo*, Renata Virginia González-Consuegra**⁶⁴

INTRODUCCIÓN

Las actividades del profesional de enfermería están enfocadas al cuidado y como parte primordial de éste, se encuentran los cuidados de la piel la cual requiere de una atención eficaz para la prevención de las Úlceras Por Presión (UPP) la cual parte de la valoración a profundidad del paciente, punto de partida de la planeación del cuidado (Martínez-Cuervo, Diosdado, Elena et al., citados por Lago González, 2007).

Las UPP son un problema de salud pública que afecta no solo a la persona que las padece sino también a su familia y el sistema de salud (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoría de las UPP y las Heridas Crónicas (GNEAUPP), Pancorbo y García, citados por Lago González, 2007), provocan sufrimiento para el paciente y dificulta su recuperación, implican una disminución en la calidad de vida relacionada con la salud generando pérdida de años potencialmente productivos en ocasión a la incapacidad que producen (GNEAUPP, Pancorbo y García, citados por Lago González, 2007), a su vez, el tratamiento ocasiona costos adicionales para la institución, aumento de la carga de trabajo en el equipo de salud y de la familia (GNEAUPP, Pancorbo y García, citados por Lago González, 2007; Miyazaki et al., Bergquist et al., citados por Santos et al., 2013). Adicionalmente las UPP provocan aumento de los días de estancia hospitalaria y demandas legales siendo esta una complicación que en la mayoría de los casos se puede prevenir (GNEAUPP, Pancorbo y García, citados por Lago González, 2007).

Diversos estudios refieren que la aparición de las UPP afectan a las personas que por su condición de salud requieren de atención y asistencia ya sea en el ambiente domiciliario, hospitalario y sociosanitario, afectando mayoritariamente a las personas de la tercera edad, se estima que entre 0,4% a 38% de los pacientes hospitalizados las desarrollan (Faustino et al., Apold et al citados por Santos et al., 2013); los sitios anatómicos de mayor ocurrencia son los talones, el sacro y los trocánteres; los factores que más se relacionan con su aparición son la edad, las enfermedades crónicas, los fármacos, la nutrición, la inmovilidad, la humedad, la presión y la higiene entre otros (Martínez-Cuervo, Torra et al., Escobar, Segovia et al., Pancorbo y García, citados por Lago González, 2007).

Lo anterior, demuestra en forma perentoria la importancia de disminuir su incidencia a través de la prevención y la identificación precoz de factores de riesgo, para lo cual es necesario la educación

* Estudiantes de IX semestre, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia

** Profesora Titular, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia

continua al equipo multidisciplinario, con practica basada en la evidencia (Miyazaki et al., Faustino et al., Bavaresco et al., citados por Santos et al., 2013).

La meta como profesional de enfermería debe ir enfocada al control y erradicación de las UPP, ya que su presencia es un indicador de calidad de los servicios sanitarios, asociado con los factores de riesgo que presentan las personas y más específicamente de los cuidados proporcionados por el enfermero (Diosdado, Elena et al., citados por Lago González, 2007).

El proceso de enfermería (PE), método que sistematiza el cuidado de la persona, la familia y la comunidad, es una herramienta que contribuye a optimizar la comunicación entre los enfermeros, siendo garantía de cualificación del cuidado (Almeida et al., Lucena et al., citado por Lucena et al., 2011). En este sentido, la observación, el uso de las taxonomías enfermeras como los diagnósticos enfermeros NANDA, Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC) y la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC); permiten responder cuestionamientos acerca de la seguridad, eficiencia y costo-efectividad de la práctica de enfermería (Villarejo y Pancorbo, 2009).

El PE incluye cinco etapas (Lucena et al., citado por Santos et al., 2013): la recolección de datos del paciente, para lo cual se aplican escalas de valoración del riesgo de UPP (EVRUPP). Según la literatura, las escalas más utilizadas son: escala Braden, escala Norton, escala Norton modificada, escala Waterlow y escala Emina, siendo Braden la de mayor uso por su alto valor predictivo (Soldevilla y Torra, Bernal et al., Aizpitarte et al., Bergstrom et al., Blümel et al., citados por Lago González, 2007; Moura, Moura y Caetano, 2012; Paranhos citado por Santos et al., 2013). Estos instrumentos deben tener alta sensibilidad y especificidad, buen valor predictivo, fácil de usar, criterios claros y definidos y aplicación en diferentes contextos clínicos (Soldevilla y Torra, Bernal et al., Aizpitarte et al., Bergstrom et al., Blümel et al., citados por Lago González, 2007; Menegon, et al., Paranhos et al., citado por Lucena, et al., 2011).

Lo anterior, acompañado por la observación y clasificación según las categorías dadas por el Panel Consultivo Europeo para las Úlceras por Presión (EPUAP) y el Panel Consultivo Nacional para las Úlceras por Presión (NPUAP) (2009), conllevan a la planeación del cuidado, parte fundamental de PE, el que utilizado de manera sistematizada, contiene los diagnósticos enfermeros, que son garantía de evidencia científica e involucran factores relacionados o de riesgo para los cuales existen cuidados específicos, que permiten a los profesionales de enfermería prescribirlos de acuerdo a su juicio clínico con base en la literatura, la práctica clínica y la clasificación de intervenciones de enfermería (Lucena et al., Dochterman et al., citado por Lucena et al., 2011) que corresponde a la ejecución y finaliza con la evaluación del PE (Jiménez y Gutiérrez, 1997).

El uso del lenguaje enfermero ya estandarizado, pertenece a los sistemas de información clínica, que proporcionan a todos los profesionales de la salud indicadores del cuidado enfermero (Titler et al., citado por Villarejo y Pancorbo, 2009), estos registros reflejan la totalidad de los cuidados prestados y los datos del PE, información cuantificable acerca de las actividades y el valor de la profesión (Lavin et al., citado por Villarejo y Pancorbo, 2009).

Así, es necesario a través de la investigación establecer los diagnósticos enfermeros más frecuentes en personas con UPP, que permitan la implementación de la taxonomía basada en evidencia, logrando visibilizar de manera relevante la práctica de enfermería (Villarejo y Pancorbo, 2009), determinante para un futuro más prolijo de la Enfermería como disciplina, contribuyendo de esta manera al aumento del cuerpo de conocimiento y a la calidad del cuidado de la población.

OBJETIVO

Describir los diagnósticos enfermeros más frecuentes en personas con UPP referenciados en la literatura científica.

METODOLOGÍA

Revisión sistemática de la literatura científica disponible en los últimos 5 años en las bases de datos MEDLINE, PsycINFO, COCHRANE, CINAHL, LILACS, FECYT, EMBASE y CUIDEN, utilizando ecuaciones de búsqueda que contengan las palabras, cuidado, diagnósticos enfermeros y UPP en los idiomas inglés, portugués y español; utilizando además la revisión en bola de nieve de los distintos estudios. Solo se incluyeron artículos que respondieran a procesos investigativos y no a revisión de tema. Dos investigadores de forma independiente revisaron y valoraron el cumplimiento de los criterios de inclusión y la calidad de los estudios por separado, en caso de existir discrepancia se contó con la opinión de un tercer evaluador para la toma de la decisión definitiva.

La extracción de datos de los estudios seleccionados se llevó a cabo en una tabla ad hoc, en la que se registró la información más relevante como autor, año, país, diseño metodológico, diagnósticos de enfermería más frecuente, factores relacionados/patologías médicas e inferencias.

Finalmente se realizó un cuadro en donde se establecieron en general los diagnósticos enfermeros más frecuentes con sus factores relacionados.

RESULTADOS

De seis artículos encontrados en la revisión sistemática de la literatura, solo cuatro cumplieron con criterios de calidad, los cuales se analizaron por los evaluadores a partir de la tabla ad hoc que muestra aspectos comparados y relevantes de los hallazgos más importantes. Ver tabla 1.

Posteriormente, se realizó un análisis de los resultados entre los evaluadores, estableciendo los diagnósticos enfermeros más frecuentes, así como sus factores y/o patologías relacionadas con cada diagnóstico e inferencias. Ver tabla 2.

CONCLUSIONES

Los resultados de la presente investigación, al establecer los diagnósticos enfermeros más frecuentes, sus factores asociados y su interpretación fisiopatológica, contribuyen de forma importante a la planeación del cuidado debidamente fundamentado en la enfermería basada en la evidencia científica, procurando con ello la optimización y cualificación del cuidado, el robustecimiento del conocimiento

científico enfermero, el respaldo teórico científico del ejercicio profesional, la sistematización de la práctica y la visibilización de la disciplina.

La mayoría de factores relacionados con los diagnósticos establecidos, se asocian con alteraciones músculo esqueléticas o deterioro de la movilidad física, los cuales desencadenan otras alteraciones como deterioro de la integridad cutánea y del tejido, déficit de autocuidado, riesgo de infección, desequilibrios nutricionales y dolor agudo, convirtiéndose en un círculo vicioso donde las etiologías se van relacionando con sus complicaciones y viceversa, lo cual puede orientar las intervenciones desde lo preventivo en todos los niveles de atención en salud.

Los diagnósticos enfermeros identificados en la presente investigación, son parte importante en la planeación del cuidado a los pacientes con UPP o con riesgo de padecerlas, enmarcado en el PE, mediante lo cual es posible plantear las mejores intervenciones de enfermería acorde a los factores asociados, optimizando los resultados hacia un tratamiento oportuno, una pronta recuperación y una disminución de las complicaciones.

Los resultados de la presente investigación pudieron tener la limitante de corresponder a muy pocos estudios, sin embargo, pueden considerarse un preámbulo para continuar con investigaciones más amplias que nos permitan hacer inferencias mayores, de tal forma que puedan guiar la toma de decisiones a la hora de proporcionar cuidados a las personas con UPP en busca de contribuir a una mejor calidad de vida en los usuarios y a disminuir el impacto negativo en sus familias, el sector sanitario y la sociedad.

Tabla 1. Estudios revisados en la investigación						
Estudio	Autor	País	Diseño metodológico	Diagnósticos enfermeros más frecuentes	Factores relacionados/patologías medicas relacionadas	Inferencia
<i>Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente.</i>	Dos Santos, C., Oliveira, M., Pereira, A., Suzuki, L., Lucena, A. (2011)	Brasil	Estudio transversal, retrospectivo con análisis estadístico.	Riesgo de infección.	Procedimiento invasivo	La edad avanzada es uno de los factores más importantes que intervienen en la patogenia de la UPP, ya que la piel se vuelve más seca debido a la disminución de las glándulas sudoríparas y sebáceas, la disminución de la vascularización, cambios hemodinámicos y atrofia muscular, provocan que las estructuras óseas sean más prominentes. Los pacientes que presentan enfermedades degenerativas crónicas y movilidad reducida por problemas cardio y cerebrovasculares se les dificultan la realización de las actividades de la vida diaria permaneciendo más tiempo en cama aumentando el riesgo de UPP. Los pacientes con neoplasias tienen dificultad para alimentarse debido a la progresión de la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento (radio y quimioterapia) aumentado el riesgo de aparición de UPP.
				Déficit de autocuidado: baño e higiene.	Daño neuromuscular/musculo esquelético y evaluación de la enfermedad	
				Patrón respiratorio ineficaz.	Daño neuromuscular /musculo esquelético	
				Movilidad física disminuida.	Daño neuromuscular /musculo esquelético	
				Síndrome de déficit de autocuidado	Daño neuromuscular/musculo esquelético	
				Desequilibrio nutricional: menor a las necesidades corporales	Cambio en el metabolismo o aumento de las necesidades calóricas	
				Deterioro de la integridad de la piel	Trauma mecánico e Inmovilidad	
				Alteración de la eliminación urinaria	Daño neuromuscular/musculo esquelético	
				Diarrea	Alteración en la absorción	
				Deterioro de la integridad del tejido	Movilidad perjudicada	
				Riesgo de deterioro de la función respiratoria	Daño neuromuscular/musculo esquelético	
				Riesgo de deterioro de la integridad de la piel	Inmovilidad	
<i>Valoración del riesgo de úlceras por presión en una Unidad de geriatría.</i>	Lago González, M ^a .L. (2007)	España	Estudio descriptivo prospectivo.	<u>Orden según riesgo mayor de desarrollar UPP según escala Braden:</u> Deterioro de la movilidad física Intolerancia a la actividad Déficit de autocuidado: baño/higiene Déficit autocuidado: vestido/acicalamiento Déficit de autocuidado: uso W.C.	<u>Orden según mayor incidencia de patología:</u> Fractura de Cadera Accidente Cerebro Vascular (ACV) Neumonía Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	Según los ítems evaluados en la escala Braden se encuentra que el más frecuente es la alteración de la Percepción sensorial, posteriormente del déficit de la Actividad, Movilidad, seguidos de la Exposición a la humedad y déficit Nutricional, y por último la presencia del Roce. De estos datos existe una clara relación entre las patologías que alteran la movilidad y la capacidad sensorial seguida de diferentes comorbilidades de tipo crónico en

				Deterioro de la integridad cutánea Déficit de autocuidado: alimentación	Insuficiencia Cardíaca Infección Respiratoria	pacientes de edades avanzadas, quienes tienen un mayor riesgo.
<i>Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão.</i>	Lucena, A., Dos Santos, C., Pereira, A., Almeida, M., Mendes, V., Friedrich, M. (2013)	Brasil	Estudio transversal, retrospectivo con análisis estadísticamente.	Riesgo de infección	Procedimiento invasivo	Los cambios propios del envejecimiento asociado a los de una enfermedad pueden ocasionar una limitación en la capacidad de la persona para realizar las actividades básicas de la vida cotidiana como el baño, vestido, eliminación urinaria e intestinal sin ayuda, alimentarse, caminar, sentarse, levantarse. Estos factores incrementan el riesgo de desarrollar UPP y puede traer complicaciones si no se llevan a cabo intervenciones oportunas.
				Síndrome de déficit de autocuidado	Daño neuromuscular/musculo esquelético	
				Déficit de autocuidado: baño e higiene	Evaluación de la enfermedad	
				Movilidad física disminuida	Daño neuromuscular/musculo esquelético	
				Patrón respiratorio ineficaz	Daño neuromuscular /musculo esquelético y procesos infecciosos de las vías aéreas	
				Desequilibrio nutricional: menor a las necesidades corporales	Cambio en el metabolismo o aumento de las necesidades calóricas	
				Deterioro de la integridad del tejido	Trauma mecánico	
				Dolor agudo	Trauma	
				Alteración de la eliminación urinaria	Daño neuromuscular/musculo esquelético	
				Deterioro de la integridad de la piel	Inmovilidad	
				Riesgo de deterioro de la integridad de la piel	Inmovilidad	
<i>Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones identificadas en pacientes ancianos pluripatológicos tras el alta hospitalaria.</i>	Villarejo Aguilar, L., Pancorbo-Hidalgo, P (2009)	España	Estudio observacional transversal, descriptivo y analítico.	Deterioro de la movilidad física, Ansiedad/Temor, Riesgo de caídas, Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, Dolor agudo, Desequilibrio nutricional por defecto, Riesgo de cansancio del desempeño del rol de cuidador, Riesgo de infección, Interrupción de los procesos familiares, Deterioro de la integridad cutánea, Déficit de autocuidados: baño/higiene, Deterioro de la eliminación urinaria, Incontinencia urinaria total, Deterioro de la interacción social, Incumplimiento del tratamiento.	Pacientes pluripatológicos con diferentes comorbilidades en especial que generan alteración en la movilidad y mayor codependencia acompañado de enfermedades de tipo infecciosas, cardiovasculares, respiratorias, endocrinas, genito-urinarias, neoplasias, osteomusculares	Hay un elevado número de pacientes dependientes de edades avanzadas, enfermería en el PE se centra en aspectos funcionales y de seguridad de los pacientes, en donde predominan intervenciones del control de riesgo, seguridad y movilidad. También las relacionadas con la enseñanza del paciente, la prevención y promoción de la salud, y la disminución del dolor y la ansiedad. Los resultados se centran principalmente, en aspectos fisiológicos, conductuales y de seguridad.

Fuente: Autores.

Tabla 2. Diagnósticos enfermeros más frecuentes y factores relacionados	
Diagnósticos Enfermeros Más Frecuente	Factores Relacionados
Deterioro de la movilidad física.	Daños neuromusculares y musculo esqueléticos, accidentes cerebrovascular (ACV) causando disminución sensorio-perceptual, disminución de la movilidad física en cama o superficie generando más fricción y cizallamiento.
Deterioro de la integridad cutánea.	Traumas mecánicos, daños musculo esqueléticos e inmovilidad física, estos factores generan disminución en la movilidad física en cama o superficie generando más fricción y cizallamiento.
Déficit de autocuidado: baño e higiene.	Daños neuromusculares y musculo esqueléticos, accidente cerebro vascular (ACV) y evaluación de las patologías. La disminución en la movilidad sumado el aumento de la dependencia ocasionan déficit en las actividades de autocuidado.
Riesgo de Infección.	Procedimiento invasivos, enfermedades inmunosupresoras (neoplasias, infecciones respiratorias, entre otras). La alteración en el tejido genera un mayor riesgo de colonización de microorganismos patógenos y sumado a la inmunosupresión produce mayor riesgo de adquirir infecciones en las heridas después de procedimientos invasivos.
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.	Inmovilidad física en cama o superficie provocan más fricción y cizallamiento.
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.	Cambio en el metabolismo y aumento de las necesidades calóricas ya que se requiere reepitalización tisular y la presencia de comorbilidades e infecciones.
Alteración en la eliminación urinaria.	Daños neuromusculares y musculo esqueléticos causando disminución sensorio-perceptual, además la presencia de humedad aumenta el riesgo en el desarrollo de UPP.
Deterioro de la integridad del tejido.	Inmovilidad y trauma mecánico. La suma de estos factores deteriora la movilidad física en cama o superficie generando más fricción y cizallamiento.
Dolor agudo.	Trauma debido a la disrupción del tejido, sumado a las comorbilidades del paciente causan liberación de agentes inflamatorios y mediadores del dolor.
Descuido personal (síndrome de déficit de autocuidado).	Daños neuromusculares y músculo esqueléticos. Estos factores aumentan la dependencia generando déficit de las actividades de autocuidado.

Fuente: Autores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dos Santos, C., Olivera, M., Pereira, A., Suzuki, L., Lucena, A. (2013) Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. Rev Gaúcha Enferm. 34(1): 111-118.

Lago, M. (2007) Valoración del riesgo de úlceras por presión en una Unidad de geriatría. GEROKOMOS. 18(3): 135-139.

Lucena, A., Dos Santos, C., Pereira, A., Almeida, M., Mendes, V., Friedrich, M. (2011) Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. Rev. Latino-Am Enfermagem Artigo Original 19(3): 08 telas.

Villajero, L., Pancorbo, P. (2011) Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones identificadas en pacientes ancianos pluripatológicos tras el alta hospitalaria. GEROKOMOS. VOL 2 (4): 152-161.

Moura, T., Moura, M., Caetano, J. (2012) O uso da escala de Braden e fotografias na avaliação do risco para úlceras por pressão. Rev Esc Enferm USP; 46(4): 858-64

NANDA Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. 2012-2014. Madrid: Elsevier España, 2013.

Gutierrez de Reales, E., Jimenez de Esquenazi, T. (1997) El Proceso de Enfermería: Una metodología para la práctica. Bogotá: Orion editores Ltda.

CASO CLÍNICO: REVASCULARIZACION MIOCARDICA

AUTOR/ES

Sonia González-Mejorada, Jorge Galicia-Velázquez, María Estela Selene Vázquez-Arriola, Adriana López-Gómez

INTRODUCCIÓN

El proceso de enfermería es una guía de nuestra práctica dentro de las instituciones y que nos permite proporcionar el cuidado con intervenciones para mantener y conservar la vida. Obteniendo a través de estas bases el actuar con pensamiento crítico, y habilidad para la identificación de problemas dependientes e interdependientes, mediante los 5 pasos.

Por otra parte nos permite ver al paciente desde una perspectiva holística y humana, tomando en cuenta sus intereses, valores, creencias y deseos específicos; comprendiendo sus problemas de salud con el fin de generar resultados eficaces, impulsando la búsqueda continua del ser, saber y hacer, evaluando constantemente los avances.

Descripción del proceso fisiopatológico

La mayor incidencia de las patologías del sistema venoso es la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por Enfermedades Cardiovasculares; que por cualquier otra causa. Se calcula que en el 2008 murieron por esta causa 17,3 millones de personas, lo cual representa un 30% de todas las muertes registradas en el mundo 7.3 se debieron a Enfermedades Cardiovasculares y 6.2 millones a los ECV.

Se calcula que para el 2030 morirán cerca de 23,3 millones de personas por Eventos de Enfermedades Cardiovasculares se prevé que siga siendo la primera causa de muerte. Un 9.4 millones y medio de muertes anuales son atribuibles a la hipertensión. Esto incluye el 51% de las muertes por ACV, y el 45% por Enfermedades Cardiovasculares.

En el 2007, del total de egresos hospitalarios en México 18.536.322, las enfermedades relacionadas con problemas cardiacos representan menos de uno por ciento (89 mil 773 casos), Estas enfermedades tienen presencia en toda la población.

El un orden de las instituciones en la atención de las enfermedades Cardiovasculares es igual (61.3 IMSS, 20.6% SSA, y 13.2%, ISSSTE respectivamente).

Enfermedad aterosclerótica: Enfermedad gradual y progresiva en la que las arterias se ocluyen por aterosclerosis.

Fisiopatología:

Existe una lesión mecánica o química de las células endoteliales de la íntima de las arterias coronarias que altera su estructura, las plaquetas se adhieren y agregan en el sitio de la lesión y los macrófagos emigran a dicha zona como resultado de la lesión. La capa íntima es penetrada por lipoproteínas. Con el tiempo, estos agregados favorecen la aparición de una placa fibrosa grasa. Estos depósitos protruyen hacia la luz y obstruyen el riego sanguíneo, ocurre estenosis progresiva de los vasos, este proceso tiende a presentarse en las bifurcaciones de los vasos y el extremo proximal de las arterias, el riego sanguíneo coronario puede disminuir aún más por vasoconstricción, el proceso aterosclerótico produce disminución del riego sanguíneo y el aporte de oxígeno al miocardio; desequilibrio entre el aporte y la demanda miocárdica de oxígeno, que causa isquemia.

Factores etiológicos:

La diabetes es considerada un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) mayor y equivalente a cualquier localización de enfermedad aterosclerótica.

Hipertensión: Aunada a los efectos del aumento de la tensión de la pared y las demandas de oxígeno, contribuye a la lesión vascular directa.

Revascularización:

La revascularización miocárdica ha sido uno de los pilares del tratamiento de las enfermedades coronarias en los últimos cincuenta años.

La revascularización miocárdica es apropiada cuando los beneficios esperados, en términos de supervivencia o resultados clínicos (síntomas, estado funcional y calidad de vida), son superiores a La cirugía de revascularización coronaria crea una nueva ruta, llamada "derivación o Bypass" para que la sangre y el oxígeno lleguen al corazón.

La cirugía es de mínimamente invasiva, es realizada por un cirujano que realiza una incisión quirúrgica de aprox. 3 a 5 centímetros y unos 7 a 13 centímetros de largo ubicada en la parte izquierda del tórax, el cirujano irá en busca de la arteria del tórax para conectarla a la arteria coronaria que es la que está bloqueada, una vez realizada los pasos anteriores el cirujano necesitara conectar al paciente a una circulación extracorpórea.

Como en todo evento quirúrgico se mencionan riesgos que puedan presentarse por mencionar algunos: Coágulos de sangre en las piernas y que además puedan viajar a los pulmones, pérdida de sangre, problemas respiratorios, ataque cardíaco o accidente cerebrovascular por mencionar los más directamente afectados en este procedimiento.

Presentación del caso.

El objetivo del caso clínico es la aplicación del proceso enfermero vinculado con la taxonomía NANDA, NOC, NIC, para estandarizar cuidados; que nos permite ser eficientes y efectivos en la

aplicación de cuidados especializados en un individuo de características similares; llevando así la optimización de los recursos, aplicando el sistema de valoración Patrones funcionales de Margory Gordon, aterrizando las actividades en un plan de cuidados de Enfermería (PLACE).

Antecedentes Personales: Se trata de CVH de 59 años, con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial, enfermedad de múltiples vasos y angina inestable, pos operado de revascularización miocárdica con puentes de arteria mamaria interna a descendente anterior y de vena safena reversa a arteria coronaria marginal obtusa sin derivación cardiopulmonar con los siguientes hallazgos con buena contractilidad, vena safena buena, sangrado importante en capa de lecho quirúrgico, esternón muy osteoporótico, que reingresa al servicio de Terapia Posquirúrgica.

Exploración física: taquipnea, tiraje intercostal y disociación toraco abdominal, facies de dolor, mira a todos lados, diaforesis, mal contacto ocular e intranquilidad, estertores crepitantes a nivel basal bilateral, así como sibilancias diseminada e incremento en el tiempo espiratorio, con PVC de 5 CMH₂O, herida quirúrgica con leve dehiscencia a nivel de tercio superior del tórax; registrando EKG en ritmo sinusal, FC120 latidos por minuto, FR 35 por minuto TA 88/55 PAM 66, presión arterial con 80/49 (59); llenado capilar menos de 2 segundos, abdomen blando depresible, peristalsis presente con una glucosa de 250 mg/dl, con una uresis menor de 30 ml/hr, extremidad inferior izquierda con pulsos periféricos disminuidos, herida de safenectomía sin datos de infección.

Examen de Laboratorio: gasométricamente con un PH 7.36, PCO₂ 89; HCO₃ 12. 4 BE 13, Sat. 96%, con un GC de 2.28, IC de 1.64, RVS 24/2 DINAS/SEG/CM Hb 14.7, Hto. 43.4%, Leucos 16900, Neutros 15700, Plaquetas 502,000, Urea 39.1, CR 0.8, CL 106, Na 138, K 4.7.

Examen de Gabinete: Radiografía de tórax con datos de consolidación pulmonar.

Tratamiento médico inicial: BIPAP alternado con Puritan al 60% sin tolerancia, por lo que se inicia intubación orotraqueal con Asistencia Ventilatoria Mecánica (AVM), Catéter subclavio derecho, iniciando sedación con Midazolam 75mg en solución salina al 0.9% 100 ml. a dosis respuesta (DR)., Solución salina 0.9% 100 ml. Más 200 mg de Precedex a DR, Solución glucosada al 5% 100 ml más 8 mg de Norepinefrina a DR., Solución glucosada al 5% 250 ml más 400 mg de Dobutamina a DR., Meropenem 500 mg IV cada 6 hrs., Omeprazol 40 mg IV cada 12 hrs., Buprenorfina 1 amp. Cada 8 hrs., Enoxoparina 60 mg SC cada 24 hrs. con monitoreo cardiaco continuo y línea arterial.

Valoración de enfermería por patrones funcionales de Margory Gordon:

Percepción-manejo de la salud: encontrando a un paciente de 59 años, con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial, enfermedad de múltiples vasos y angina inestable, postoperado de revascularización miocárdica.

Nutricional- metabólico: Glicemia central de 250 mg/dl

Eliminación: una uresis menor de 30 ml/hr

Actividad-ejercicio: presenta taquipnea, disociación toraco abdominal, presencia de estertores crepitantes a nivel basal bilateral, así como sibilancias diseminada e incremento en el tiempo espiratorio, falta de aliento y diaforesis.

Sueño- reposo: Sedación con Midazolam 75mg en solución salina al 0.9% 100 ml. a dosis respuesta (DR)., Solución salina 0.9% 100 ml. Más 200 mg de Precedex a DR, Cognitivo-.perceptual: Solución glucosada al 5% 100 ml más 8 mg de Norepinefrina a DR., Solución glucosada al 5% 250 ml más 400 mg de Dobutamina a DR.

Auto concepto-autopercepción: Intubación orotraqueal con Asistencia Ventilatoria Mecánica (AVM)

Rol-relaciones: Se ve limitada por sedación medicamentosa sin embargo se ve afectada para satisfacer la necesidad humana de interacción con otros, por lo que es una fuente de problemas de desarrollo situación de estrés en la persona y familia.

Afrontamiento tolerancia al estrés: se observa la alteración percibida por la persona al manifestar inquietud, mirar a todos lados y mal contacto ocular.

Sexualidad-reproducción: No es valorable alguna alteración por la persona.

Valores y creencias: Católico. Los valores y creencias influyen en la evaluación de situaciones de salud.

Diagnósticos de Enfermería:

Perfusión tisular inefectiva cardiopulmonar manifestada por una presión arterial 98/59, dolor torácico y pulsos periféricos disminuidos.

Ansiedad relacionada con situaciones desconocidas y miedo a la muerte, manifestada por inquietud, mirar a todos lados y mal contacto ocular.

Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionada con alteración de la frecuencia respiratoria, manifestado por estertores crepitantes a nivel basal bilateral, así como sibilancias diseminada e incremento en el tiempo espiratorio falta de aliento y diaforesis.

Problemas interdependientes (Colaboración):

Choque Cardiogénico

Neumonía

Insuficiencia Renal aguda

PLANEACIÓN

NANDA 0024 Perfusión tisular inefectiva cardiopulmonar manifestada por una presión arterial 98/59mmHg, dolor torácico y pulsos periféricos disminuidos.	
NOC	NIC
(0400) Efectividad de la bomba cardiaca. Presión sanguínea sistólica. Presión sanguínea diastólica. Frecuencia cardiaca Disnea. Estado cognitivo. (0405) Perfusión tisular: cardiaca Frecuencia cardiaca apical Frecuencia del pulso radial	(4044) Cuidados cardiacos: agudos. Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiaca. Auscultar los sonidos cardiacos. Vigilar la función renal. Vigilar las tendencias de la presión sanguínea y los parámetros hemodinámicos. (presión venosa central)
NANDA 0046 Ansiedad relacionada con situaciones desconocidas y miedo a la muerte manifestado por inquietud, mirar a todos lados y mal contacto ocular.	
NOC	NIC
(1211) Nivel de ansiedad Inquietud Desasosiego Dificultad para la concentración	(5820) Disminución de la ansiedad Utilizar un enfoque sereno que de seguridad Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles soluciones que sean de experimentar durante el procedimiento. Proporcionar apoyo emocional al paciente y su familia.
NANDA 00031 Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionado con alteración de la frecuencia respiratoria manifestado por estertores crepitantes a nivel basal bilateral, así como sibilancias diseminada e incremento en el tiempo espiratorio, falta de aliento y diaforesis.	
NOC	NIC
(0415) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias. Frecuencia respiratoria Saturación de oxígeno	(3160) Aspiración de las vías aéreas. Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal. Auscultar los sonidos respiratorios antes. (3390) Ayuda a la ventilación. (3300) Manejo de la ventilación mecánica invasiva

EJECUCIÓN

Determinar las prioridades en relación a las respuestas humanas, del tiempo que se requiere para realizar las intervenciones en minutos y horas.

EVALUACIÓN

Se alcanzó con las intervenciones una presión arterial con desviación moderada del rango normal, con un gasto urinario con desviación sustancial del rango normal; así como una frecuencia respiratoria y una saturación de oxígeno con desviación sustancial del rango normal.

BIBLIOGRAFIA

NANDA Diagnósticos enfermeros 2009- 2011 Ed. Español NANDA Internacional Elsevier; 2009. pp300

Clasificación de los resultados de enfermería 4ª edición Elsevier 2010.

Bulecheneck, Gloria. Clasificación de las Intervenciones de enfermería 5ª edición Elsevier 2010.

Marjory Gordon, Diagnostico Enfermero Proceso y aplicación. Ed. McGraw-Hill, 3ª.ed. 1996.

INCUMPLIMIENTO DE LA DIETA PRESCRITA DE LA CUIDADORA PRINCIPAL DURANTE EL PERIODO DE HOSPITALIZACIÓN

AUTOR/ES

Leticia Heras-González, Aurora Quero-Rufián, Jacqueline Schmidt-Rio-Valle

PALABRAS CLAVE

Cuidadora principal, Hospital, Dieta prescrita, Plan de cuidados

INTRODUCCIÓN

La alimentación y la dieta tienen un importante papel en el mantenimiento de la salud y en la prevención de muchas enfermedades¹, por lo que la alimentación de la cuidadora principal durante el periodo de hospitalización del familiar al que cuida es muy importante.

La experiencia de ser cuidadora principal hospitalaria implica cambios en el estilo de vida ya que la personase dedica principal o exclusivamente a cuidar al familiar enfermo².

Las cuidadoras se encuentran en un medio desconocido, fuera de su entorno doméstico, donde la infraestructura existente no asegura la satisfacción de sus necesidades básicas, como es la de alimentarse, frente a la existencia de distintas barreras³.

En ocasiones tienen prescrita una dieta que no puede cumplir o que se cubre de forma marginal, sin control del personal sanitario y, por tanto, desconociendo las repercusiones que este hecho tiene sobre su salud⁴⁻⁶.

Es aquí cuando entra en escena la capacidad resolutive de la enfermera con respecto a la cuidadora principal y su alimentación, ya que mediante la observación, la valoración y el conocimiento podrá saber si ésta se alimenta de forma adecuada durante la estancia en el hospital, o por el contrario tiene dificultades a la hora de llevar a cabo esta necesidad^{7, 8}.

OBJETIVOS

- Identificar las causas del incumplimiento de la dieta de la cuidadora familiar cuando está en el hospital.
- Determinar un plan de cuidados estandarizado para personas cuidadoras hospitalarias que tienen prescrita dieta.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo y transversal^{9, 10} realizado de abril a julio de 2012, sobre los hábitos alimentarios de las cuidadoras principales de familiares hospitalizados en las unidades de Medicina Interna, Cuidados Paliativos y Oncología del Hospital Ruiz de Alda de Granada.

Criterios de inclusión:

- Ser cuidadora principal hospitalaria desde al menos 8 días.
- No estar incluida en el Plan Funcional de Personas Cuidadoras.
- Aceptar participar.

Criterios de exclusión:

- Personas que reciben remuneración económica por el hecho de cuidar durante la estancia hospitalaria.

Características sociodemográficas de las cuidadoras principales:

Participaron 30 cuidadoras, con una media de edad de $52 \pm 16,32$ DS, con un nivel socioeconómico medio-bajo y cuyo lugar de residencia era, en igual proporción, el medio urbano y el rural. El parentesco que les une a la persona cuidada es el de cónyuge e hija.

La necesidad de cuidados manifestada por la persona hospitalizada, objeto del cuidado, se ha descrito como "déficit de autocuidados", ya que hay una incapacidad de la persona de proporcionarse, por sí misma y continuamente, el autocuidado de calidad y cantidad necesario según las situaciones de la salud personal, por lo que este debía ser suplido por su cuidadora^{7, 8}.

Instrumentos para la recogida de datos:

La recogida de datos se hizo mediante un cuestionario 'ad hoc'. Este cuestionario constaba de 17 preguntas tipo test con dos o más opciones de respuesta y 3 preguntas abiertas.

Fue imprescindible rellenar previamente el correspondiente consentimiento informado, en el que se le garantizaba la protección de los datos y el anonimato. Para ello se asignó un número a cada uno de los cuestionarios completados por los encuestados.

Los datos obtenidos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 15.0 para Windows.

Se realizó el análisis descriptivo calculando frecuencias absolutas, relativas y porcentajes para las variables cualitativas, y medias y desviaciones típicas para las cuantitativas¹⁰.

Consideraciones éticas:

Se solicitó y se recibió autorización del Comité Ético Investigador con fecha de resolución de 28 de marzo de 2012, para poder llevar a cabo este proyecto.

Se hizo entrega a los participantes de unos impresos explicando la finalidad del estudio y un consentimiento informado de su participación en el mismo.

Se informó también de la posibilidad de no participar o de retirarse del mismo cuando estimara oportuno, sin que esto tuviera ninguna consecuencia. Igualmente se les hizo saber que sus nombres no serían utilizados en el cuestionario ni en la base de datos que se elaborase.

En este estudio no se vulneró ningún principio ético.

RESULTADOS

Entre las cuidadoras entrevistadas que presentan algún problema de salud (*Tabla 1*), las patologías que más prevalecen son hipertensión, diabetes, problemas osteoarticulares y ansiedad-depresión.

Para los problemas comentados, sólo 5 cuidadoras tienen prescrita una dieta como parte del tratamiento de la patología, casi siempre indicada para la hipertensión y la diabetes. Sin embargo, como se observa en la misma tabla, ninguna de ellas lleva a cabo la dieta mientras están cuidando a su familiar en el hospital.

Tabla 6. Problema de salud del cuidador y seguimiento de la dieta prescrita.

Participantes (n = 30)		
Problema de salud del cuidador	No	19 (63,3%)
	Sí	11 (36,7%)
	Ansiedad-depresión	2
	Osteoarticular	3
	HTA	3
	DM	3
n = 11		
Tiene prescrita dieta para ese problema	No	6
	Sí	5
Sigue esa dieta en el hospital	No	5
	Sí	-

Para ellas proponemos este plan de cuidados¹¹⁻¹³:

DIAGNÓSTICO: DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN.

NOC: Motivación.

Indicadores:

Obtiene el apoyo necesario por parte de otros familiares y del personal sanitario.

NIC: Acuerdo con el cuidador.

Actividades:

Ayudar al cuidador a examinar los recursos disponibles para cumplir con los objetivos.

DIAGNÓSTICO: INCUMPLIMIENTO.

NOC: Conducta de cumplimiento: dieta prescrita.

Indicadores:

Selecciona y toma alimentos y líquidos compatibles con la dieta prescrita.

NIC: Manejo de la nutrición.

Actividades:

Ajustar la dieta al estilo de vida del cuidador durante la hospitalización.

DISCUSIÓN

Aunque predomina la ausencia de patología en la cuidadora, cuando esta existe, las que más frecuentemente aparecen son, en primer lugar, los problemas osteomusculares (poliartrosis, artritis, osteoporosis, hernias discales), seguidas de las patologías del sistema circulatorio (hipertensión arterial) y del metabolismo (diabetes mellitus). En estudios semejantes^{2, 14, 15}, encontramos que son esas mismas patologías las que se presentan de forma más común. El 40% de las cuidadoras que sí presentaban problemas de salud, tenían prescrita una dieta específica para dicho problema, pero coincidieron en que les resultaba difícil seguirla en el hospital.

Las cuidadoras manifestaron dificultad para seguir la dieta prescrita en el hospital, por desmotivación para cumplirla en otro entorno distinto al hogar y por la dificultad para dedicarle tiempo a su propia alimentación mientras están cuidando en el hospital.

CONCLUSIONES

No cumplir la dieta prescrita como parte del tratamiento para cualquier patología, supone la exacerbación de síntomas, la aparición de otros nuevos, el empeoramiento de dicha enfermedad y del estado de salud en general.

Es necesario que la enfermera incluya al cuidador principal hospitalario en un plan de cuidados para que deje de ser un paciente oculto.

BIBLIOGRAFÍA

Dapcich V, Salvador G, Ribas L, Pérez C, Aranceta J, Serra L. Guía de la alimentación saludable. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). Madrid. 2004.

García MM, Mateo I, Maroto G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gaceta sanitaria, 2004; 18 (Supl 2): 83-92.

Hospital Universitario Virgen Macarena y Área. Plan Estratégico para la Participación Ciudadana y Desarrollo Comunitario. Consejería de Salud Junta de Andalucía. 2009.

Quero Rufián, A. Los cuidadores familiares en el Hospital Ruiz de Alda de Granada (tesis doctoral). Granada. Universidad de Granada; 2007.

Flores ML, Cano-Caballero MD, Caracuel A, Castillo A, Mezcua A, Osorio MV, Vegas S. La alimentación del acompañante del paciente hospitalizado. Enferm Clín, 2000; 10(1): 3-8.

Flores ML, Cano-Caballero MD, Caracuel A, Castillo A, Mezcua A, Osorio MV, Vegas S. La calidad de vida de los acompañantes de pacientes hospitalizados de media y larga estancia. Index Enferm. 2002; 38: 18-22.

Alligood MR, Tomey AM. Modelos y teorías de enfermería. 7ª edición. Barcelona. Elsevier 2001. p.50-285.

Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis, Mosby 2001.

González JR, Guardado MJ, Argandoña EM, Muñoz JC, García FJ. Apuntes de investigación enfermera. De la búsqueda a la difusión. Sevilla. SATSE; 2011.

Burns N, Grove S. Investigación en enfermería. Barcelona. Elsevier; 2004.

NANDA international. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2014. Madrid. Elsevier; 2012.

Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª edición. Madrid. Elsevier-Mosby; 2013.

Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM., Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª edición. Madrid. Elsevier-Mosby; 2013.

Rogero, J. Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: una valoración compleja y necesaria. Index Enferm. 2010; 19(1).

Pérez MJ. Cuidadores informales en un área de salud rural: perfil, calidad de vida y necesidades. Biblioteca Las Casas, 2005; 1.

INTERVENCIONES NIC DEL DOMINIO CONDUCTUAL: UN ESTUDIO DE FOCUS GROUP DE INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS DE ENFERMERÍA

AUTOR/ES

Francisco Sampaio, Carlos Sequeira, Teresa Lluch-Canut

PALABRAS CLAVE

Psicoterapia; Enfermería; Atención de Enfermería.

INTRODUCCIÓN

En Portugal, el Reglamento n.º 129/2011 presenta las cuatro competencias mayores del enfermero especialista en Enfermería de Salud Mental. La competencia F4 hace referencia a que el enfermero especialista en Enfermería de Salud Mental debe prestar cuidados de ámbito psicoterapéutico, socioterapéutico, psicosocial y psicoeducacional.

Según la Ordem dos Enfermeiros (2011), en la base del cuidado de ámbito psicoterapéutico debe estar la relación psicoterapéutica, siendo elementos importantes para ella: el auto-conocimiento y la consciencia de sí como persona y enfermero; la capacidad para gestionar emociones, sentimientos, valores y actitudes en la relación; la capacidad para gestionar fenómenos de transferencia, contra-transferencia, resistencias, transgresión de límites e impasses terapéuticos; la capacidad para desenvolver una relación psicoterapéutica a partir de las necesidades manifestadas por el cliente. Con todo, aunque la Ordem dos Enfermeiros haya definido concretamente que el cuidado de ámbito psicoterapéutico es una competencia del enfermero especialista en Enfermería de Salud Mental, no está definido el significado de "cuidado de ámbito psicoterapéutico".

Así, la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC) puede ser una importante ayuda para definir cuáles intervenciones pueden ser consideradas "psicoterapéuticas". Considerando que su dominio conductual es referente a los cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y que facilitan los cambios en el estilo de vida (Bulechek, Butcher & Dochterman, 2010), parece claro que a partir de este dominio se pueden identificar algunas intervenciones psicoterapéuticas de Enfermería.

OBJETIVOS

En la base del presente estudio estuvieron dos objetivos centrales: a) definir los criterios para que una intervención de Enfermería pueda ser considerada psicoterapéutica; b) identificar cuáles de las intervenciones presentes en el dominio conductual de la NIC pueden ser consideradas psicoterapéuticas.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio ha seguido un paradigma de investigación cualitativa, a través del uso de la técnica del *Focus Group*. Así, fue realizada una reunión de *Focus Group* para dar respuesta a los objetivos definidos del presente estudio.

Para constituir el *Focus Group* se procuró encontrar un grupo de expertos que fuese equilibrado entre la práctica clínica y la docencia de Enfermería. Por tanto, se definieron los siguientes criterios de inclusión, acumulativos: a) para los enfermeros trabajando en la práctica clínica tener un mínimo de 3 años de experiencia en la práctica clínica y ser enfermero especialista en Enfermería de Salud Mental; b) para los docentes de Enfermería, ser especialista en Enfermería de Salud Mental y tener mínimo el grado académico de "Master". El resultado fue la constitución de un grupo de 11 expertos compuesto por 6 enfermeros de la práctica clínica y 5 enfermeros docentes. La técnica de muestreo utilizada fue no probabilístico, por decisión razonada.

La reunión del *Focus Group* tuvo lugar en una Escuela de Enfermería en Porto (Portugal) y tuvo una duración de dos horas. Los participantes fueron contactados a través de *e-mail*, dando la posibilidad de decidir la fecha de la reunión. La reunión fue grabada en audio por lo que todos los participantes tuvieron que firmar un consentimiento informado autorizando la grabación y el uso de los datos. Para la realización del trabajo de investigación se han cumplido todos los supuestos éticos de la Declaración de Helsinki.

La grabación audio de la reunión fue transcrita en su totalidad. El tratamiento de los datos se realizó a través de análisis de contenido *lato sensu*. Después del término de la reunión de *Focus Group*, los miembros del grupo de expertos seguirán siendo consultores del estudio, respondiendo por *e-mail* a las dudas que surgirán de la aplicación de los criterios definidos para considerar una intervención como psicoterapéutica a partir de las intervenciones del dominio conductual de NIC.

RESULTADOS

La reunión del *Focus Group* se dedicó, casi integralmente, a la definición de los criterios "obligatorios" para que una intervención pueda ser considerada como una "intervención psicoterapéutica de Enfermería". Así, se definieron los siguientes criterios: a) ser una intervención estructurada, sistematizada, progresiva y secuencial; b) ser realizada por un enfermero especialista en Enfermería de Salud Mental o por un enfermero de cuidados generales con formación específica y competencias certificadas por la Ordem dos Enfermeiros; c) ser una intervención basada en uno o más razonamientos teóricos de Psicoterapia; d) ser una intervención resultante de la identificación de un diagnóstico de Enfermería en el ámbito de la Salud Mental; e) ser una intervención cuyo cliente tenga un papel activo y alguna consciencia

de sí; f) ser una intervención con un número de sesiones entre tres y doce; g) ser una intervención que tenga en su base la relación terapéutica y la comunicación interpersonal entre el enfermero y el cliente; h) ser una intervención cuyo objetivo es el cambio o la reducción de un estado percibido como negativo por el cliente, a través de la definición previa de metas mutuas entre el enfermero y el cliente.

Después de definir los criterios para que una intervención de Enfermería pueda ser considerada psicoterapéutica, esos mismos criterios fueron aplicados a las intervenciones del dominio conductual del NIC. Con todo, algunas dudas surgieron y el grupo de expertos fue consultado para ayudar a tomar algunas decisiones. Así, las intervenciones NIC del dominio conductual que fueron consideradas como "intervenciones psicoterapéuticas de Enfermería" han sido aquellas presentadas en la Tabla 1. Como puede observarse, ninguna de las intervenciones de las clases "Mejoría de la Comunicación" y "Educación del Cliente" han sido consideradas psicoterapéuticas.

Tabla 1

Intervenciones Psicoterapéuticas NIC

Dominio Conductual			
Terapia Conductual	Terapia Cognitiva	Asistencia en el <i>Coping</i>	Promoción del Conforto Psicológico
Arte Terapia (4330)	Asistencia en el Control de la Rabia (4640)	Mejoría de la Imagen Corporal (5220)	Estimulación de la Imaginación (6000)
Entrenamiento de Asertividad (4340)	Biblioterapia (4680)	Asesoramiento (5240)	Hipnosis (5920)
Control de la Conducta (4350)	Reestructuración Cognitiva (4700)	Intervención en Crisis (6160)	Reducción de la Ansiedad (5820)
Modificación de la Conducta (4360)	Estimulación Cognitiva (4720)	Facilitación del Proceso de Perdón (5280)	Entrenamiento Autógeno de Schultz (5840)
Entrenamiento para Control de Impulsos (4370)	Terapia por la Reminiscencia (4860)	Facilitación del Proceso de Pesar (5290)	_____
Musicoterapia (4400)	Entrenamiento de la Memoria (4760)	Reducción del Stress por Mudanza (5350)	_____
Asistencia en la Auto-Modificación (4470)	Orientación para la Realidad (4820)	Mejoría de la Auto-Competencia (5395)	_____
Asistencia para Parar de Fumar (4490)	_____	Fortalecimiento de la Auto-Estima (5400)	_____
Tratamiento del Uso de Drogas (4510)	_____	Terapia de Grupo (5450)	_____
Terapia Ocupacional (4310)	_____	Mejoría del Papel (5370)	_____
Terapia con Animales (4320)	_____	_____	_____

CONCLUSIONES

A través del presente estudio fue posible llegar a una definición de intervención psicoterapéutica de Enfermería con nivel de evidencia VI (opinión de expertos en una determinada área), según la clasificación de Levin, Singleton y Jacobs (*in* Capezuti *et al.*, 2008). Además, fue posible determinar cuales intervenciones de Enfermería presentes en la NIC pueden ser consideradas psicoterapéuticas.

En futuras investigaciones, es importante validar, con muestreos de mayor dimensión (estudios cuantitativos), la definición de "intervención psicoterapéutica de Enfermería" presentada y las intervenciones NIC que pueden ser consideradas psicoterapéuticas. Además el presente estudio es la base para la realización de un estudio Delphi para identificar los diagnósticos de Enfermería a los cuales las intervenciones psicoterapéuticas NIC pueden dar respuesta, teniendo la finalidad de crear una guía orientadora para la práctica clínica basada en la evidencia de los enfermeros especialistas en Enfermería de Salud Mental.

BIBLIOGRAFÍA

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2010). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)* (5ª ed.). Rio de Janeiro, Brazil: Elsevier.

Levin, R., Singleton, J., & Jacobs, S. (2008). Developing and evaluating clinical practice guidelines: A systematic approach. In E. Capezuti, D. Zwicker, M. Mezey, T. T. Fulmer, D. Gray-Miceli, & M. Kluger (Eds.), *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (3rd ed.) (pp. 2-8). New York, NY: Springer Publishing Company.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Reglamento n.º 129/2011. *D.R. 2ª Serie*. Nº 35 (2011-02-18), 8669-8673.

ESTUDIO COMPARATIVO DE IMPLEMENTACIÓN DE REGISTROS DE CUIDADOS DESDE EL SOPORTE PAPEL AL SOPORTE INFORMÁTICO

AUTOR/ES

Juan Manuel Luque-Ramírez; María José Estepa- Osuna; Luis López- Rodríguez; Antonia Vázquez - González

Unidad de Investigación y Gestión del Conocimiento

PALABRAS CLAVE

Cuidados, Historia Digital, Lenguaje Taxonómico, Implementación

INTRODUCCIÓN

En la década de los años setenta se reconocía la necesidad de desarrollar una terminología para describir los problemas de salud que identificaban y posteriormente trataban las enfermeras. En ese año se celebra la Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería, siendo el punto de partida para la creación del National Group for the Clasification of Nursing Diagnosis y posteriormente la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Igualmente desde 1987 se viene desarrollando, validando e implementando un lenguaje normalizado para definir las intervenciones realizadas por los enfermeros y enfermeras en el desarrollo tanto de su rol autónomo como interdependiente, Nursing Interventions Classification (NIC). Los trabajos realizados para desarrollar la clasificación de las intervenciones enfermeras, llevaron al inicio de la Investigación sobre la Clasificación de Resultados de Enfermería, Nursing Outcomes Classification (NOC). Todos éstos desarrollos han proporcionado a las enfermeras un lenguaje propio, unificado y en continua evolución indispensable para el desarrollo de la disciplina.

Las enfermeras necesitamos compartir, comparar información sobre nuestra práctica; para investigar y mejorar los cuidados, gestionar los recursos enfermeros eficazmente y asegurar que la enfermería está visible en las políticas locales, nacionales y Europeas. Una forma efectiva de lograr todo ello es sin duda la utilización de un lenguaje estandarizado, por lo que en los últimos años, la necesidad de la adopción de un lenguaje taxonómico, se ha ido entendiendo como menos cuestionable. En éste sentido han sido y siguen siendo numerosos los esfuerzos para lograr una implantación e implementación efectiva de los lenguajes estandarizados en todos los ámbitos de atención en que la enfermera proporciona sus cuidados.

Durante años en nuestro centro se han diseñado e implementado registros de enfermería en soporte papel en los que se ha llegado a normalizar la práctica, con la inclusión y el uso de las taxonomías enfermeras. En principio el uso de las mismas, ha estado condicionado al interés y

capacitación de los profesionales; han sido y siguen siendo muchas las dificultades que conlleva la utilización de las taxonomías enfermeras, no obstante, mediante la formación, el apoyo metodológico, la estandarización, la motivación y la incentivación se han conseguido elevadas cotas de implementación en los últimos años. Los nuevos tiempos, los avances tecnológicos y las numerosas ventajas, hacen que debamos prescindir del soporte papel para dar paso a la historia digital.

Diraya Atención Especializada (DAE) es el sistema que constituye el corazón de la estrategia de Historia Digital de Salud en el ámbito de la asistencia hospitalaria. La implantación progresiva en los distintos hospitales de la red Andaluza se inicia en Octubre de 2011. Si bien nuestro centro ya contaba con una corta experiencia en la gestión informatizada de cuidados, a través de la aplicación Azahar, ésta abarca pocas unidades y en versión pilotaje, siendo en Junio de 2012 cuando, la integración en DAE en versión actualizada y su implantación, se realiza de forma efectiva. DAE contempla un conjunto de requisitos irrenunciables para la práctica enfermera: Un método sistemático, una valoración estructurada, un lenguaje taxonómico y la continuidad de cuidados Internivel son requisitos suficientemente conocidos y valorados, que se han venido implementando durante años en soporte papel.

. El reto actual no está exento de dificultades, se trata de lograr una adaptación a los nuevos entornos tecnológicos sin sufrir pérdidas. Hemos de conocer por tanto, datos sobre la evolución temporal en la implementación de los registros enfermeros, y por ende el uso de las taxonomías, para poder introducir elementos de mejora.

OBJETIVOS

Conocer los resultados de implementación de registros de cuidados en soporte papel y la evolución tras un año de implementación en soporte digital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio comparativo del índice de implementación de registros en soporte papel donde se incluyen las taxonomías enfermeras y la evolución temporal tras un año de implementación en soporte digital con la misma metodología y lenguaje taxonómico del soporte papel.

Se parte de un análisis inicial que corresponde a los datos de evaluación de registros en soporte papel, obtenidos mediante auditoría de historias clínicas llevada a cabo por la Unidad de Coordinación Asistencial en Diciembre de 2008. El análisis posterior se realiza sobre registros en soporte digital cuyos datos se obtienen desde el Módulo de Tratamiento de la Información que contiene la aplicación informática. El análisis y evaluación en soporte digital se repite en el mismo mes tras un año de andadura, con idea de poder valorar tendencias.

Los registros evaluados han sido: Valoraciones Iniciales y Planes de Cuidados con taxonomía NANDA, NOC, NIC realizados. Sólo se miden aspectos cuantitativos de cumplimentación sin atender a aspectos de calidad de la misma.

RESULTADOS

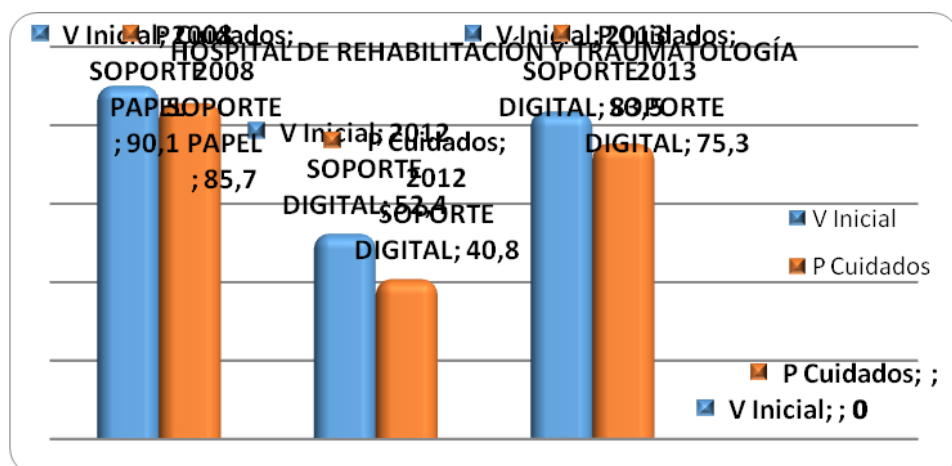
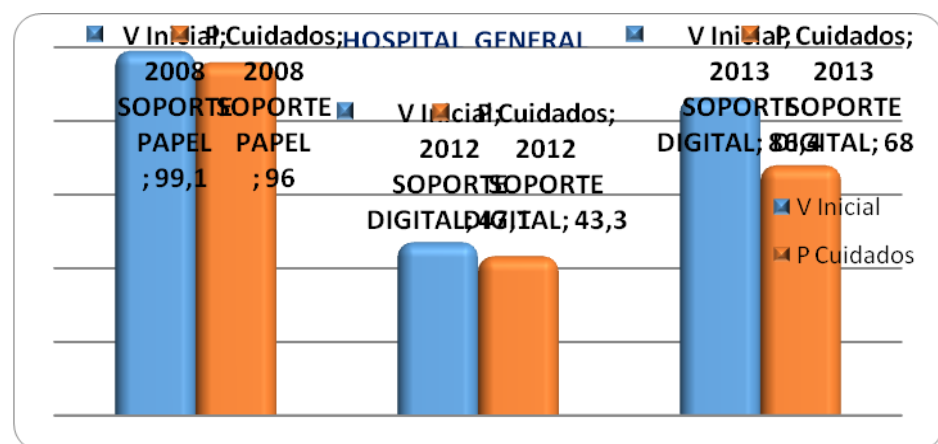
Nuestro hospital está integrado por cuatro centros que acogen a pacientes de distintos perfiles, en el estudio los datos se presentan en cifras globales por centro.

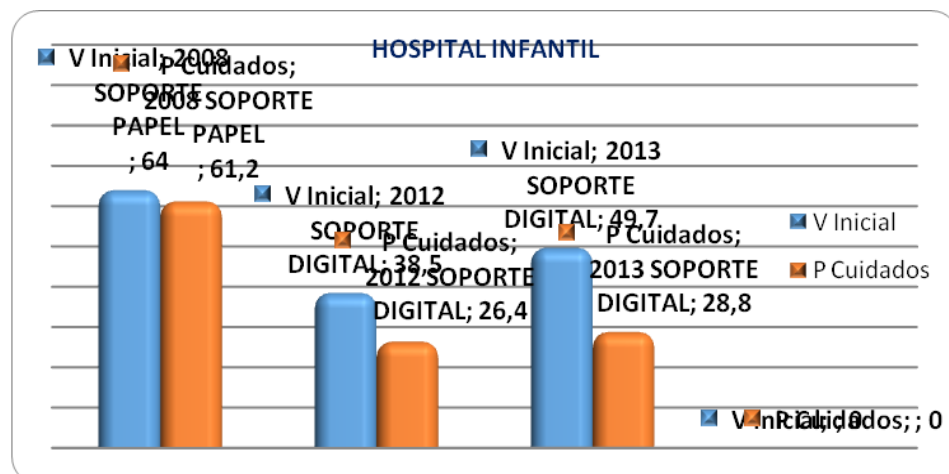
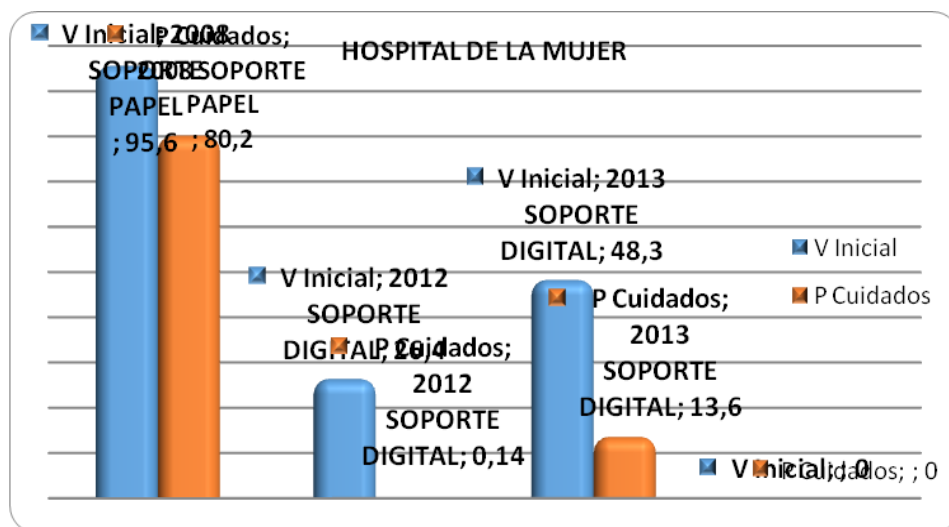
HG 2008 VI: 99,1 PC 96 2012 VI: 47,1 PC 43,3 2013 VI: 86,4 PC: 68

HRT 2008 VI: 90,1 PC 85,7 2012- VI: 52,4 PC 40,8 2013 VI: 83,5 PC: 75,3

HM 2008 VI: 95,6 PC 80,29 2012- VI: 26,48 PC 0,14 2013 VI: 48,3 PC: 13,6

HI 2008 VI: 64,1 PC 61,2 2012- VI: 38,5 PC 26,47 2013 VI: 49,7 PC: 28,8





CONCLUSIONES

El análisis de los datos muestra un significativo descenso en la cumplimentación de registros en la historia digital respecto al soporte papel que se implementaba en el año 2008. El descenso se produce en todos los centros aunque con datos variables en cada uno de ellos. De los dos registros analizados muestran datos más desfavorables la cumplimentación del Plan de Cuidados donde se incluyen las taxonomías NANDA, NIC, NOC. En relación al soporte digital los datos del año 2013 muestran una clara tendencia de recuperación alcanzando cotas más altas que en la cumplimentación del año 2012, ello puede indicar que la aceptación y manejo de la historia digital cuenta con mayor calado.

Cabe considerar si la planificación de cuidados en soporte digital, a diferencia del soporte papel que se individualizaba sólo con un "punteo", representa mayor dificultad debido al manejo de los sistemas informáticos o a la interacción con la aplicación para el diseño del plan de cuidados de cada paciente, requiriendo ello un considerable conocimiento de la metodología enfermera..

Estas y otras consideraciones son aspectos que precisan un análisis más detallado para el establecimiento de medidas de mejora efectivas que posibiliten seguir avanzando de forma paralela en el desarrollo del lenguaje enfermero y las Tecnologías de la Información y la Comunicación.

Las nuevas tecnologías han de llegar a constituir un elemento fundamental de ayuda en la utilización clínica de la metodología enfermera, es por ello necesario dedicarle una especial atención y seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

Maqueira JM, Bruque S. Historia Digital de Salud. Tácticas a seguir a partir del caso Diraya en Andalucía. eSalud.com. [revista en Internet] 2008. [acceso 22 Enero de 2014]; Vol 4 (13). Disponible en: <http://revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/view/205>

Junta de Andalucía. Consejería de salud. Diraya Historia Clínica electrónica. Sevilla [actualizado 1 Agosto 2013; consultado 22 Enero de 2014] -. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=pr_diraya

Caamaño C et al. Indicadores de calidad de los cuidados de enfermería hospitalarios. Rev Calidad Asistencial. 2006; 21(3): 143-9

USO DE TAXONOMÍAS ENFERMERAS EN PEDIATRÍA

AUTOR/ES

M Carmen Peinado-Barraso, Ana Eva Granados-Matute, Pedro Bernal-Herrera, Laura Pazos-Seoane, Lidia López-Jiménez, Elisabet Escobedo Mesas

PALABRAS CLAVE

Pediatría, Diagnósticos enfermeros, Atención integral

INTRODUCCIÓN

Uno de los instrumentos clave para la realización de estudios de evaluación de la calidad asistencial a nivel de proceso lo constituyen las historias clínicas como fuente básica de información de la práctica clínica. Es comúnmente aceptado que la calidad de la cumplimentación de la historia clínica representa un buen indicador del nivel de calidad de los cuidados ofrecidos y en este sentido constituye una herramienta habitual a nivel hospitalario para la evaluación de los niveles de calidad.

Una buena atención de enfermería depende de la calidad de la información de que dispone la enfermera, considerándose como la persona clave para la obtención, la generación y el uso de la información de los pacientes. Esto implica que el intercambio y transferencia de información entre los profesionales debe ser una actividad relevante.

El aseguramiento de la calidad de los cuidados enfermeros pasa por la sistematización de los mismos sobre una base metodológica. Es por ello que en la búsqueda continua de esta calidad hemos de considerar la necesidad de la implementación de la metodología enfermera. Esta sistematización debe contemplar la aplicación del proceso enfermero, como método científico de resolución de problemas, no solo en sus aspectos más operativos sino en cada una de sus fases.

Según Mayers, los Planes de Cuidados Estandarizados (PCE) son protocolos específicos de cuidados que resultan apropiados para los pacientes que están padeciendo los problemas habituales o predecibles asociados con un determinado diagnóstico o proceso patológico. Las taxonomías NANDA, NIC y NOC, que conforman los PCE, permiten controlar la variabilidad de la práctica enfermera. La clasificación de diagnósticos enfermeros (NANDA), permite describir las respuestas humanas de la persona, la familia o la comunidad en distintas situaciones de salud. Es la taxonomía diagnóstica más difundida en la actualidad.

La creación de software clínico especializado en cuidados, permiten la explotación de información sobre cuidados, herramienta de utilidad para la gestión de los mismos.

En el H Infantil del H U Virgen del Rocío se atienden a pacientes de diferentes especialidades. Al diseñar un Plan de Cuidados pediátricos hay que tener en cuenta la atención integral del niño y su familia. El niño manifiesta signos y síntomas que pueden llegar a presentar patrones de salud alterados y en consecuencia producir una modificación en la demanda de sus cuidados. Los padres generalmente manifiestan una respuesta de ansiedad ante la enfermedad de su hijo que no podemos obviar a la hora de abordar los cuidados. Por tanto, la atención prestada debe ser integral y ha de estar encaminada al cuidado del niño y al de su familia. Una vez valorado de forma integral al paciente y a su familia, la enfermera utiliza el PCE, como guía para identificar las respuestas humanas individuales de las personas ante los mismos problemas de salud.

OBJETIVOS

Identificar los problemas de salud más frecuentes en Pediatría según las taxonomías enfermeras.

Identificar los objetivos e intervenciones más frecuentes para cada problema de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudian los planes de cuidados estandarizados de las distintas unidades pediátricas y se analiza la cumplimentación de los mismos durante el año 2013. Se realiza un análisis descriptivo para conocer los diagnósticos enfermeros, criterios de resultados e intervenciones de enfermería, que con mayor frecuencia aparecen activos en los PCE, en las unidades de hospitalización del H Infantil, del H U Virgen del Rocío.

El estudio se lleva a cabo analizando los registros correspondientes al periodo comprendido entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2013.

La muestra analizada incluye los PCE implantados en las unidades de hospitalización médico-quirúrgicas que pertenecen a la UGC de Cirugía General Pediátrica y a la UGC de Pediatría General, quedando excluidas las unidades que pertenecen a la UGC de Neonatología y a la UGC de Cuidados Críticos y Urgencias.

Los datos se obtienen a través de la aplicación informática de cuidados disponible en Diraya Atención Hospitalaria.

RESULTADOS

En la UGC Pediatría General, se revisan 459 Historias Clínicas. Los PCE implementados han sido: PCE Paciente Digestivo 1,51%, PCE Paciente Neurológico 15,15%, PCE Paciente Pediátrico 56,06%, PCE Paciente Renal 3,03%, PCE Paciente Respiratorio 24,24%.

Se analiza el uso de las taxonomías en el PCE Paciente Pediátrico, utilizado en el mayor porcentaje de las historias estudiadas.

Diagnósticos enfermeros NANDA:

En los padres: [00146] Ansiedad de la familia 37,83%, [00148] Temor 27,02%, [00126] Conocimientos deficientes 18,91%, [00074] Afrontamiento familiar comprometido 2,70%.

En los niños: [00046] Riesgo de deterioro de la integridad cutánea 2,70%.

Criterios de resultados NOC: [1402] Autocontrol de la ansiedad 92,85%, [1300] Aceptación: estado de salud 14,28%, [1301] Adaptación del niño a la hospitalización 90%, [1213] nivel de miedo 50%, [1814] Conocimiento: procedimientos terapéuticos 71,14%, [1813] Conocimiento: régimen terapéutico 57,14%, [1803] Conocimiento: proceso de la enfermedad 28,57%, [1824] Conocimiento: cuidados en la enfermedad 14,28%, [2202] Preparación del cuidador familiar domiciliario 14,28%, [2600] Afrontamiento de los problemas familiares 100%, [1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas 100%.

Intervenciones de enfermería NIC: [5230] Disminución de la ansiedad 85,71%, Apoyo a la familia 7,14%, [5380] Potenciación de la seguridad 90%, [5270] Apoyo emocional 73,70%, [7370] Planificación al alta 100%, [5618] Enseñanza: procedimiento/tratamiento 71,42%, [5614] Enseñanza: dieta prescrita 57,14%, [5602] Enseñanza: proceso de enfermedad 42,85%, [7110] Fomento de la implicación familiar 100%, [7140] Apoyo al cuidador familiar 100%, [3540] Prevención de úlceras por presión 100%.

Complicaciones posibles: presentes en el 94,59% de los pacientes. Las NIC más prevalentes identificadas han sido: [6650] Vigilancia 85,71%, [2300] Administración de medicación 82,85%, [2440] Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV) 80%, [6540] Control de infecciones 77,14%, [3740] Tratamiento de la fiebre 68,57%, [1400] Manejo del dolor 65,71%, [3140] Manejo de las vías aéreas 5,71%, [6482] Manejo ambiental: confort 5,71%.

Intervenciones NIC derivadas de la hospitalización: [1801] Ayuda con los autocuidados: baño/higiene 100%, [1803] Ayuda con los autocuidados: alimentación 88,88%, [7370] Planificación del alta 86,1%, [7310] Cuidados de enfermería al ingreso 75%.

En la UGC Cirugía General Pediátrica, se revisan 113 Historias Clínicas. Los PCE implementados han sido: PCE Paciente Digestivo 9,09%, PCE Paciente Neurológico 24,24%, PCE Paciente Pediátrico 65,15%, PCE Paciente Respiratorio 1,51%.

Se analiza el uso de las taxonomías en el PCE Paciente Pediátrico, utilizado en el mayor porcentaje de las historias estudiadas.

Diagnósticos enfermeros NANDA:

En los padres: [00146] Ansiedad de la familia 76,74%, [00148] Temor 39,53%, [00126] Conocimientos deficientes 30,23%, [00074] Afrontamiento familiar comprometido 2,70%.

En los niños: [00155] Riesgo de caídas 11,62%. [00046] Riesgo de deterioro de la integridad cutánea 6,97%.

Criterios de resultados NOC: [1402] Autocontrol de la ansiedad 96,96%, [2609] Apoyo familiar durante el tratamiento 6,06%, [1301] Adaptación del niño a la hospitalización 94,11%, [1213] nivel de miedo 58,82%, [1814] Conocimiento: procedimientos terapéuticos 84,61%, [1813] Conocimiento: régimen terapéutico 76,92%, [1824] Conocimiento: cuidados en la enfermedad 7,69%, [2202] Preparación del cuidador familiar domiciliario 14,28%, [2600] Afrontamiento de los problemas familiares; [1909] Conducta de prevención de caídas 40%, [1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas 33,33%.

Intervenciones de enfermería NIC: [5340] Presencia 60,60%, [5230] Disminución de la ansiedad 45,45%, Apoyo a la familia 3,03%, [5380] Potenciación de la seguridad 70,58%, [7680] Ayuda en la exploración 41,17%, [5270] Apoyo emocional 23,52%, [5618] Enseñanza: procedimiento/tratamiento 71,42%, [5614] Enseñanza: dieta prescrita 57,14%, [5602] Enseñanza: proceso de enfermedad 42,85%, [7110] Fomento de la implicación familiar 100%, [7140] Apoyo al cuidador familiar 100%, [6490] Prevención de caídas 20%, [6654] Vigilancia: seguridad 20%, [3540] Prevención de úlceras por presión 33,33%.

Complicaciones posibles: presentes en el 81,39% de los pacientes. Las NIC más prevalentes identificadas han sido: [2300] Administración de medicación 85,71%, [2440] Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV) 77,14%, [6650] Vigilancia 71,42%, [1400] Manejo del dolor 71,42%, [3740] Tratamiento de la fiebre 68,57%, [6540] Control de infecciones 66,71%, [2210] Administración de analgésicos 8,57%.

Intervenciones NIC derivadas de la hospitalización: [1801] Ayuda con los autocuidados: baño/higiene 8,48%, [1803] Ayuda con los autocuidados: alimentación 68,29%, [7370] Planificación del alta 68,29%, [7310] Cuidados de enfermería al ingreso 75,60%.

CONCLUSIONES

Las conclusiones que se extraen de este estudio son:

Los problemas más frecuentes que presentan los niños, son los derivados de alteraciones fisiológicas, de los cuales una pequeña proporción, alrededor de un 10%, podemos denominarlos según la taxonomía NANDA, mientras que el 81,39% al 94,59% de los niños presentan complicaciones posibles

Según los resultados obtenidos, podemos deducir que en el niño los cuidados se centran en los problemas derivados de alteraciones fisiológicas, enmarcados como problemas de colaboración

o complicaciones posibles en un porcentaje en torno al 90%. En relación al uso de etiquetas NANDA en estos pacientes, el porcentaje analizado se encuentra por debajo del 10%. de los casos. De esto se deduce que las intervenciones NIC aplicadas por las enfermeras en Pediatría se realizan sobre todo en un entorno colaborativo.

Con los padres las intervenciones están orientadas a aumentar los conocimientos y disminuir su ansiedad/ temor, para hacer frente al problema de salud que amenaza a su hijo, indistintamente que el niño esté ingresado en una unidad médica o quirúrgica, son: Ansiedad, Temor y Conocimientos deficientes.

BIBLIOGRAFÍA

Ackley, B J; Ladwing G B. (2007). Manual de Diagnósticos enfermeros. Guía para la planificación de cuidados. 7ª Edición. Madrid. Elsevier.

NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier España; 2010.

McCloskey Dochterman, J. Bulechek, G, editors. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª Ed. Madrid: Elsevier España; 2009.

Moorhead, S. Jonson, M. Maas, M, editors. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª Ed. Madrid: Elsevier España; 2009.

Luis Rodrigo, M.T. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 7ª Ed. Barcelona: Masson; 2006.

¿QUÉ NIVEL DE COMPETENCIA DIAGNÓSTICA ALCANZAN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN SU SEGUNDO AÑO?

AUTOR/ES

Soledad Vázquez-Santiago; Carmen Lara-Benítez; Victoria Eugenia

León-Gómez; Montserrat Zapata-Hidalgo

INTRODUCCIÓN

El proyecto docente de la asignatura Historia, Teoría y Métodos de Enfermería II (primer cuatrimestre 2º grado Enfermería US), establece que los estudiantes sean competentes en el manejo del proceso enfermero desde el modelo conceptual de Henderson, enfatizando la competencia diagnóstica y el manejo de las taxonomías, como aprendizajes fundamentales para incorporar en su práctica profesional posterior.

El Proceso Enfermero (PE) representa el método que los profesionales de Enfermería utilizan en el desempeño del cuidado de las personas, ya sea en condiciones de salud, de riesgo o de enfermedad, así como en las diversas etapas de la vida. Este método permite la realización del cuidado de una forma racional, lógica y sistemática, además de garantizar y asegurar la calidad de los cuidados. Por otra parte, define la competencia y el ejercicio profesional; proporciona bases para el control operativo y el medio para sistematizar e investigar en enfermería (Alfaro, 2003).

La calidad del cuidado se promueve a través de la valoración del paciente para identificar los diagnósticos enfermeros precisos y planear el cuidado una vez que se han priorizado los problemas; de igual forma las intervenciones a realizar tienen su base en una toma de decisiones oportuna para lograr los resultados esperados.

Según Alfaro, el diagnóstico enfermero es un juicio clínico, sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a situaciones de salud o enfermedad y procesos vitales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente. Entre las ventajas del uso de los diagnósticos se destaca que ellos direccionan los cuidados, fortalecen la actuación profesional en los aspectos relacionados a las especificidades de la Enfermería, contribuyen en la identificación de lagunas conceptuales, validan las funciones de la enfermería y aumentan la autonomía del profesional.

El estudiante de Enfermería durante la formación se enfrenta al hecho de tener que aprender fundamentos, cuidados específicos y métodos (LANDEROS, 2011)

Es preciso delimitar con precisión el marco en el que las acciones enfermeras van a tener lugar, con el fin de tener una capacidad de respuesta asistencial autónoma, con un lenguaje que

permita identificar la relación entre los elementos esenciales de la práctica enfermera, describir la cultura enfermera, estructurar el pensamiento y el proceso en la toma de decisiones, facilitar la memoria y la comunicación, proporcionando consistencia a los cuidados, es por lo que se hace necesario la formación de los estudiantes de Enfermería en la utilización de las taxonomías NANDA NIC NOC para adaptarse a los nuevos modelos de cuidados y a las exigencias de los cambios y demandas sociales (ÁLVAREZ, 2007).

Utilizando el diagnóstico de enfermería, en una clasificación como la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) es posible el uso de un lenguaje común de estructura organizada (GOUVEIA; LOPES. 2004).

El diagnóstico de enfermería se ha puesto de relieve por el caso de un escenario dinámico, sistemático, organizado y complejo en el proceso de enfermería, es decir, no una simple lista de problemas, sino una fase que implica la evaluación crítica y toma de decisiones (GALDEANO, 2003). El acto diagnóstico de enfermería se centra en la respuesta humana a la enfermedad, su tratamiento y los procesos de la vida.. (CRUZ; PIMENTA, 2005)

El pensamiento crítico es el proceso activo, cognitivo y deliberado, empleado para examinar el propio pensamiento e implica la utilización de la mente para reflexionar, efectuar deducciones, conclusiones y tomar decisiones(Potter, P. Perry A, 2001) 4.

Es por todo ello la importancia de evaluar nuestra práctica docente y las metodologías que empleamos en la docencia en Enfermería, para asegurarnos que los estudiantes adquieren las competencias en el uso de las herramientas y lenguajes enfermeros y puedan ser los profesionales competentes que la sociedad y los sistemas sanitarios demandan.

OBJETIVOS

Evaluar el nivel de competencia diagnóstica que adquieren en la asignatura.

Analizar la capacidad de manejo de la taxonomía NANDA en la formulación diagnóstica.

Estimar las desviaciones de los estudiantes en su formulación diagnóstica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, a partir de la prueba teórica final de la asignatura, realizadas a los 52 estudiantes matriculados en la asignatura de Teoría y Métodos de la Enfermería II, evaluando los resultados diagnósticos obtenidos tras la resolución de un caso clínico propuesto en el que se realizan tres cuestiones por resolver:

1- Clasificación de los datos.

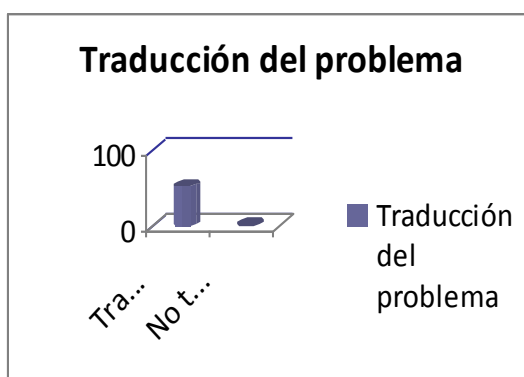
2- Análisis e interpretación de los mismos y elaboración de inferencias e hipótesis, según el modelo de Virginia Henderson.

3- Formulación de los problemas identificados en los casos.

Se examinan las respuestas de los estudiantes a estas cuestiones, identificando las siguientes categorías: "Los estudiantes demuestran desconocimiento respecto la clasificación de datos", "realizan una incompleta o incorrecta análisis e interpretación de datos", "los estudiantes no identifican los datos relevantes", "no son capaces de identificar el problema principal", "fallos en la etiqueta diagnóstica" " no formulan correctamente los problemas de colaboración" "no se identifican todos los diagnósticos de autonomía, están incompletos".

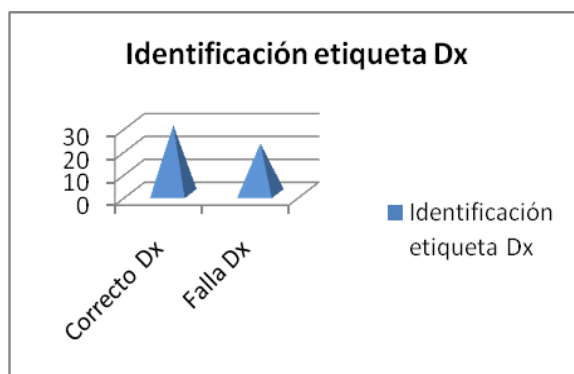
RESULTADOS

El 1,9% de los alumnos aunque identifiquen el problema no son capaces de traducirlo

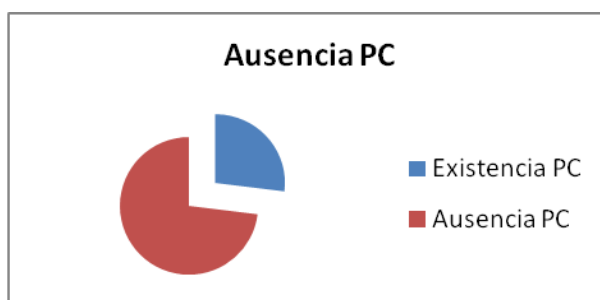


correctamente.

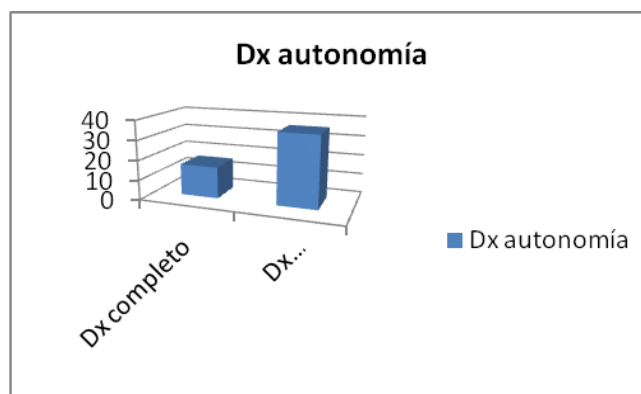
El 42,3 % falla la etiqueta Dx.



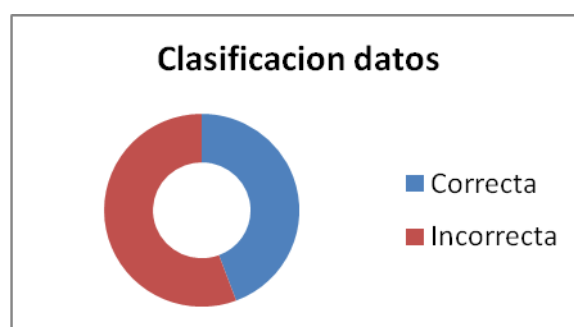
En el 73,1% no formula correctamente los problemas de colaboración.



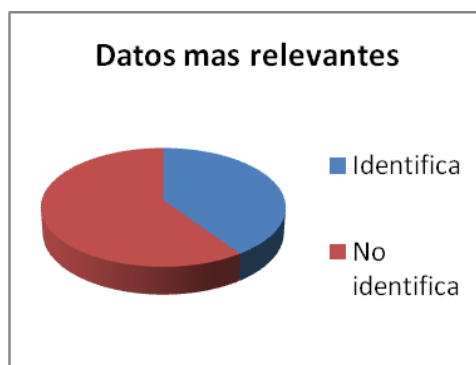
El 69,2% de los diagnósticos de autonomía están incompletos.



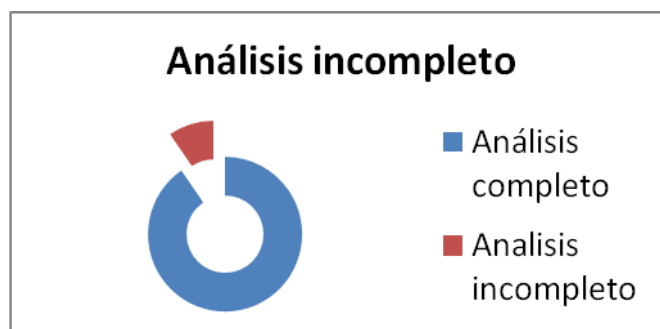
El 55,8 % demuestran desconocimiento en la clasificación de datos.



El 59.6% no identifican de manera correcta los datos más relevantes.



El 9,6% obtiene una interpretación y análisis incompleto de e incorrecto de los datos obtenidos.



DISCUSIÓN

Debido a la transformación y recorte que ha sufrido la materia con los nuevos planes de grado en nuestra facultad, creemos de vital importancia estudiar los resultados obtenidos en la asignatura, para la comprobación de que se han adquirido las competencias, la efectividad del método de enseñanza empleado y de la predisposición de los alumnos a aprender los diagnósticos enfermeros.

Los diagnósticos enfermeros, están en auge en la evolución de la ciencia Enfermera, siendo muy recurrentes a la hora del trabajo diario en todo tipo de atención sanitaria en la que el profesional de enfermería busca diagnosticar de manera acertada y lógica, para elaborar un plan de cuidados e intervenciones específicos para dicho diagnóstico.

Teniendo en cuenta todo esto anteriormente citado, los estudiantes de enfermería deben tener una buena base en el diagnóstico enfermero para mejorar así su labor como futuros profesionales, siendo además importante debido a que es en las prácticas en los distintos hospitales y centros de salud cuando al estar en contacto con los diferentes pacientes que sufren distintas patologías, pueden poner en relevancia todo lo aprendido en la asignatura y ser capaces incluso de diagnosticar por sí mismos, con las etiquetas oportunas.

Siendo todo esto lo buscado en la asignatura, tras valorar y estudiar los resultados surge la evidencia de que los estudiantes de Enfermería en cuestión, no saben diagnosticar correctamente. No todos cometen los mismos errores, ya que algunos son capaces de clasificar correctamente los datos y poner en pie el problema del paciente radicando el fallo en la etiqueta diagnóstica, mientras que otros, erran en la clasificación de datos, y por tanto, todo el planteamiento diagnóstico erróneo.

Pueden ser múltiples los factores de esta gran cadena de la enseñanza los que fallen, para visibilizarlos debemos ampliar el trabajo, realizando un estudio específico de los resultados y del entorno de los estudiantes de enfermería y de la enseñanza de la Universidad de Sevilla. Aun así, entendemos que puedan tener influencia la disminución de créditos de la asignatura en relación a los que tenía en la diplomatura, la falta de casos clínicos en los que el alumnado deba diagnosticar, acompañado todo esto de la complejidad del proceso y la predisposición del alumnado por aprender.

CONCLUSIONES

La metodología docente utilizada no proporciona la competencia al estudiante adecuadamente, debiendo revisar la programación, sobre todo en los grupos pequeños. En posterior estudio se investigarán las causas entre las que pueden estar: la reducción créditos con el grado, la variabilidad del profesorado en los estudios de caso y el hecho de que los estudiantes no han

tenido experiencia clínica previa, ni durante esta asignatura, ni han cursado asignaturas de contenido clínico.

BIBLIOGRAFÍA

Landeros M, Guadalupe M, Pérez MC, Rangel R, Martínez C. Conocimientos básicos sobre el diagnóstico enfermero en estudiantes de enfermería del ciclo avanzado. 2011.Dialnet. Revista Colombiana de Enfermería. Volumen 6 Año 6 p. 66-72.

Álvarez T, Fernández MA, Álvarez F, López C, Lago A. Asumiendo competencias desde la aplicación NANDA NIC NOC en la práctica clínica. Enfermería Global 2007; 6 (2).

Carvalho CM, Lopes S, Cavalcanti GS, Machado TF, Rosas AM, Marinho M. Diagnósticos de enfermería como instrumentos en la formación del enfermero: una revisión de la literatura (2009)

Carriles MG, Oseguera JF, Díaz Y, Gómez SA. Efecto de una estrategia educativa participativa en el desarrollo del pensamiento crítico en estudiantes de enfermería. Enfermería global. Abril 2012.

[Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros: Revisión crítica y guía práctica. 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.](#)

[Herdman TH, North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona etc.: Elsevier; 2013.](#)

[Alfaro-LeFevre R. Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería: Un enfoque práctico para un pensamiento centrado en los resultados. 4ª ed. Ámsterdam; Barcelona etc.: Elsevier Masson; 2009.](#)

[Alfaro LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero: Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. Barcelona etc.: Masson; 2003.](#)

PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE REGISTROS DE ENFERMERÍA

AUTOR/ES

Eva Pérez-González, Pepa Parrilla-Saldaña, Rosario Del Valle-Rodríguez, Fátima Toyos-Del Castillo, Gloria Castilla-Maestre

INTRODUCCIÓN

La enfermería, es una disciplina profesional orientada a la práctica de los cuidados con una perspectiva única, con su propio sistema de reflexión, conceptualización, e investigación. De ahí la necesidad de establecer sistemas de implementación que faciliten la comunicación de los registros enfermeros, para que ante la elevada demanda asistencial en la que están inmersas las enfermeras/os, se garantice la prestación de los cuidados al paciente de modo integral, continuado y seguro.

Un modelo de registro eficaz es el informatizado, (Schachner B et al. 2004, González Sánchez et al. 2004) pues permite tras la valoración inicial, la gestión virtual de los cuidados al paciente, integrando todos los elementos esenciales de la practica enfermera desde el ingreso hasta el alta.

El sistema de registros que se ha implantado en la Unidad de Neumología del Hospital Universitario de Valme, así como en muchas otras Unidades de cuidados hospitalarias del SAS, se denomina módulo clínico AZAHAR.

Este se ha mostrado como una herramienta fácil, intuitiva y generalizable que contempla todas las fases del Proceso de Enfermería, siguiendo el modelo de Virginia Henderson, y facilitando la personalización y la continuidad de los cuidados. Según los autores anteriormente citados, este registro implica una mejora en la calidad de los cuidados a la población aumentando considerablemente la seguridad del paciente, cada vez más demandada por este y su familia; siendo imprescindible en función del perfil que presente el usuario, la obtención de usuarios virtuales y contraseñas personales para tener acceso al programa, con objeto de garantizar el cumplimiento de la LOPD (Ley Orgánica de Protección de Datos).

Una vez que se accede, el programa permite asignar a cada paciente una enfermera referente, que será la encargada de desarrollar su plan de cuidados; siguiendo así el modelo de enfermería primaria de gestión. Para ello debe realizar una valoración inicial del paciente siguiendo el esquema de las catorce necesidades de Virginia Henderson.

Una vez grabada esta valoración inicial, la enfermera tendrá que hacer un diagnóstico y aplicar un plan de cuidados en función del mismo. Cada día, una vez hecha una valoración del estado

del paciente y actualizado por tanto ese plan, la aplicación ofrece al profesional de enfermería una agenda con todas las tareas que debe realizar a cada uno de los pacientes que tiene asignado durante su jornada de trabajo. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería disponen de completa autonomía para dejar registradas las observaciones derivadas de sus tareas durante su jornada de trabajo así como las actividades programadas o no planificadas realizadas.

Uno de los aspectos destacados de esta aplicación informática es que permite emplear el uso de escalas, índices y test, añadiéndose desde sus inicios nuevos criterios e intervenciones (NOC y NIC) para actualizar de forma continua los registros (Ramírez Pérez, C. 2010).

Debido a su reciente implantación en la Unidad de Neumología de Valme (menos de un año), creemos oportuno plasmar cómo se llevó a cabo así como realizar una evaluación acerca del grado de cumplimentación de todos los aspectos anteriormente mencionados (valoraciones iniciales, planes cuidados e informe de continuidad de cuidados al alta).

OBJETIVOS

Describir el proceso de implantación del aplicativo AZAHAR en la Unidad de Neumología del Hospital Universitario de Valme.

Valorar el grado de cumplimentación.

METODOLOGÍA

Para la consecución del primer objetivo se realizó un análisis descriptivo del proceso de implantación a partir de la información generada en cada una de las fases. Se contempló información complementaria referida a las dificultades encontradas en el proceso a partir de entrevistas con los actores participantes. Se realizaron diversas reuniones con los agentes implicados para la puesta en común y validación de la información relativa a las fases del proceso. Toda la información se resumió en un documento que, tras consenso, fue finalmente validado.

Para la consecución del segundo objetivo, valoración del grado de cumplimentación, se realizó un estudio de tipo corte transversal observacional de todos los pacientes dados de alta en el período comprendido entre el 15 de diciembre de 2013 y 15 de enero de 2014. Se obtuvo una muestra de 90 pacientes los cuales se les incluyó en el programa AZAHAR donde se recabó la información relativa a la cumplimentación de los ítems seleccionados del programa AZAHAR (Valoración, Plan de Cuidados e Informe de Continuidad de Cuidados).

RESULTADOS

1. PROCESO DE IMPLANTACIÓN:

La aplicación AZAHAR se instauró completamente en la UGC de Neumología en diciembre de 2013, comprendiendo para ello un período de formación continuada de doce meses de duración comenzando en enero 2013.

Previamente, se realizó un análisis de los requerimientos técnicos para la implantación detectándose carencias de equipos informáticos que permitiesen el acceso de todos los profesionales al mencionado software. Una vez se instaló un equipo más, se procedió al comienzo de todo el proceso.

A. FASE DE FORMACIÓN:

Formación Externa. Enero-Abril 2013.

Los profesionales de la Unidad acudieron a una sesión presencial teórico-práctica de tres horas de duración en el aula de formación del hospital cuyo contenido versaba sobre el manejo de la aplicación Azahar. Se realizaron ejemplos de Valoraciones Iniciales para casos clínicos ficticios tras cuya valoración se accedía posteriormente a seleccionar el Plan de Cuidados más idóneo.

Esta formación externa fue diseñada e impartida por la supervisora de la Unidad de Medicina Interna-Infecciosos junto con el responsable de Formación del hospital. Para la resolución de las dudas generadas durante la formación acudieron dos enfermeras más de dicha Unidad. Tras la sesión se informó de la disponibilidad de los discentes para resolución de problemas.

Se formaron doce enfermeras y nueve técnicos en cuidados auxiliares de enfermería pertenecientes a la Unidad de Neumología.

Formación Interna. Abril-Dic 2013.

Se designa desde abril a diciembre 2013 a un responsable interno que ofrece mensualmente reuniones presenciales para consulta de dudas y facilitar al resto de profesionales un acceso más personalizado al software. Este responsable fue elegido por poseer conocimientos avanzados en el aplicativo AZAHAR. Las reuniones se realizan aprovechando la existencia de un programa acreditado de formación interna que se impartió durante todo el año 2013 con sesiones de cuidados para pacientes de neumología.

Asimismo, en la propia Unidad para consulta y seguimiento del programa, se designaron cuatro referentes de enfermería que se constituyeron como los ejes principales de difusión continua de los nuevos conocimientos y resolución de las dificultades surgidas. Tres de los profesionales eran fijos de mañana, precisamente por poseer este un turno continuidad diaria.

B. FASE DE IMPLANTACIÓN EFECTIVA:

Esta fase fue sucediéndose en varias subfases.

Desde mayo y hasta julio de 2013 se consolidó la realización de Observaciones de Enfermería en cada turno de trabajo, así como la realización de Valoraciones Iniciales por todos los profesionales de enfermería de la Unidad. En el caso de las Valoraciones, se acompañaron del empleo rutinario de dos cuestionarios de valoración: BARTHEL (medición autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria) y EMINA (escala valoración del riesgo de úlceras por presión).

Desde Julio a Septiembre de 2013, se establece el período estival en el que se incorpora la Unidad de Neurología (por cierre de su Unidad) así como dos enfermeros sustitutos. Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de dicha unidad no poseían claves para acceder al aplicativo ni formación alguna. Tras análisis de esta nueva situación se decidió asumir la formación de dichos profesionales a cargo principalmente de los Técnicos Auxiliares de Neumología.

Desde octubre 2013 se comenzó a realizar los Planes de Cuidados con los diagnósticos más prevalentes, NOC y NIC.

Desde noviembre 2013 se introdujo la elaboración de Informes de Continuidad de Cuidados. Dichos Informes se han enriquecido con recomendaciones generales y específicas para el paciente respiratorio con fácil acceso instalándose en todos los escritorios de los equipos informáticos.

2. GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN

Se valoraron en los pacientes de la muestra los porcentajes de cumplimentación para Valoraciones Iniciales, Planes de Cuidados e Informes de Continuidad. Los resultados obtenidos se reflejan en la siguiente tabla:

	Dato	
Pacientes ingresados	90	%
Valoraciones Iniciales	86	96
Planes de Cuidados	79	88
Informes Continuidad de Cuidados	74	83

Los porcentajes de cumplimentación para Valoraciones Iniciales fue de un 96%, Planes de cuidados un 88% e Informes de Continuidad, 83%.

DISCUSIÓN

A la vista de los resultados anteriormente descritos puede afirmarse que el proceso de implantación seguido ha sido adecuado. Los beneficios de un método de trabajo en equipo imprimen eficiencia y unidad a los miembros obteniendo como grupo mejor resultado que la suma de las partes por separado. Durante el año 2013, se ha instaurado exitosamente en la Unidad una herramienta de trabajo que hasta entonces era desconocida. Esta aplicación ha permitido registrar los cuidados de enfermería de una forma objetiva y segura. Ahora bien,

durante ese mismo proceso la mayoría de los profesionales de enfermería han coincidido en señalar una serie de deficiencias consistentes básicamente en las dudas sobre la utilidad de un sistema de registro que carece de un sistema de idoneidad de los items escogidos así como la utilidad del establecimiento de un sistema de feed-back que incluya un control continuo de calidad para extraer el máximo beneficio de esta aplicación.

CONCLUSIONES

El proceso de implantación del módulo AZAHAR ha sido exitoso, con un porcentaje elevado de cumplimentación. Por ello, la aplicación AZAHAR mediante el uso de los modelos y taxonomías enfermeras, facilita la identificación y resolución de los problemas de salud de los pacientes, y las recomendaciones necesarias para la continuidad de los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

Burgo García, O. (2013). Análisis de la implantación de Planes de Cuidados, a través de GACELA, en las unidades médicas del Hospital Santa Bárbara de Soria. *Nure Investigación* (66), 1-18.

Chueca Ajuria, AM; Cidoncha Moreno, MA; Gutiérrez García de Cortázar, A; Ubis González, U; Peña González, ML; Abad-García, R. (2013). Puesta en marcha de Osania en Osakidetza: aunando la práctica basada en la evidencia y la clínica. *Paraninfo Digital* (19).

[García Jiménez, A](#); [Feal Fonte, D](#); [Miralles Frutos, C](#); [Barcia Piñeiro, MA](#); [Goiriz Montero, D](#). (2005). Evaluación del aplicativo informático GACELA por el personal sanitario de una unidad de cuidados intensivos. *Enfermería científica* (276-277), 80-83

González Sánchez, A; Cosgaya García O; Simón García MJ; Blesa Malpica AL. (2004). Registros de enfermería: convencional frente a informatizado. Unidad de cuidados críticos. *Enfermería Intensiva*. 15(2), 53-62

Lara Lara, MD. y Segura Saint-Gerons, C. (2009). Diagnóstico e intervención de enfermería en el paciente ambulatorio con cardiopatía isquémica. *Enfermería en Cardiología* (46), 17-22.

Medina Valverde, MJ; Rodríguez Borrego, MA; Gimenez de la Torre, R. (2008). Descripción y análisis del grado de aplicación del programa informático de cuidados Azahar, en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Planteamiento de nuevas líneas de actuación. *Enfermería Global*, (13), 1-9.

Medina-Valverde, MJ; Rodríguez-Borrego, MA; Luque-Alcaraz, O; De la Torre-Barbero, MJ; Parra-Perea, J; Moros-Molina, MP. (2012). Estudio evaluativo sobre una herramienta informática de gestión enfermera en el periodo 2005-2010. *Enfermería Clínica*, 22 (1), 3-10.

Molina Rueda, MJ.(2013). Historia de salud digital (Diraya): un recurso en la vigilancia epidemiológica. *Gaceta Sanitaria* (920), 1-2.

Moreno Küstner, B. (2011). Los sistemas de información al servicio de la sanidad. *UCiencia* (6), 36-37.

Navajas Luque, F; Rodríguez Peña, F; Sánchez-Montes Moreno, S; Guzmán González, A; Ballesteros Martín, I; Cazalla Martín, F. (2011). Utilización de la Historia Digital de Salud y la aplicación <<WebMovil>> corporativa, en la comunicación de resultados críticos en Atención Primaria. *Laboratorio Clínico*, 6, (3), 101-109.

[Protti](#), D. (2007). Moving toward a Single Comprehensive Electronic Health Record for Every Citizen in Andalucía, Spain. *Healthcare Quartely*, 10(4), 114-123.

Rich Ruiz, M; Veredas Ortiz, I; Caballero Villarraso, MT; Farnós Brosa, MG; Díaz Fernández, JL.(2004). La informatización a pie de cama. Desarrollo de un entorno tecnológico de soporte integrado al proceso asistencial de enfermería. *Boletín*, 46-51.

Romá-Ferri, MT. (Abril). Las terminologías de enfermería y su representación en SNOMED CT. *I+S Informática y Salud* (80), 23-31.

Schachner, B; Villalba, E; Lores, A; Baum, A; Gómez, A; Luna, D; Gastón, L; Otero, P, Soriano, E; Gonzalez, B; Quirós, F. (2004).Informatización del proceso de atención en enfermería en un hospital de alta complejidad. CBIS'2004 - IX Congresso Brasileiro de Informática em Saúde 7-10 Noviembre (paper).

Ramírez Pérez, C. (2010). Azahar: Una herramienta para el cuidado. *Inquietudes* nº 42 p. 03.

PLAN DE CUIDADOS EN EL ABORDAJE DE LA MATERNIDAD TRAS UNA MUERTE PERINATAL PREVIA

AUTOR/ES

Carmen Mejías Paneque. Aitziber Ubis González. Soledad Vázquez Santiago. Juana Macías Seda. Fátima León Larios.

INTRODUCCIÓN

La muerte perinatal (definida por la OMS como aquella que ocurre a partir de las 28 semanas de gestación) ocurre en la edad fértil de la mujer y en algunas ocasiones, en parejas que no tienen hijos previos, lo cual suscitará el deseo de una nueva gestación que presentará algunas peculiaridades importantes: los padres han *perdido la inocencia* que tenían en la gestación anterior, saben que no todo sale siempre bien y viven la nueva gestación *con un pie dentro y otro fuera. Como sanitarios debemos ofertar un adecuado apoyo emocional y seguimiento integral desde atención primaria y especializada a través de la aplicación de un plan de cuidados estandarizado.*

1.1.- LOS MIEDOS QUE SURGEN DURANTE EL EMBARAZO

Diferentes miedos e inseguridades irán surgiendo conforme avance el estado de gestación, el conocerlos nos ayudará a identificar los diagnósticos enfermeros que más se ajustan a cada etapa.

a) PRIMER TRIMESTRE

Los antecedentes obstétricos previos harán que este embarazo se considere de Alto Riesgo, lo cual implicará mayores controles y vigilancia. Esto ocasionará en los padres un doble sentimiento: Por un lado la tranquilidad al tener más controles que en la gestación anterior y por otro lado mayor nerviosismo ante el resultado de cualquier prueba. Durante este primer trimestre es raro que los padres muestren la emoción inicial de todo embarazo; muchos no querrán decir que están embarazados hasta que no pase el primer trimestre siendo incapaces de participar de la alegría de los demás. Los propios familiares se mostrarán preocupados y sorprendidos ante esta actitud pues piensan que al quedarse embarazados de nuevo se sentirán mejor e ilusionados y olvidan que para los padres el nuevo embarazo supone un nuevo temor: el de perder también a este bebé. Conforme avanza el primer trimestre surge en los padres un sentimiento de ambivalencia (1): alegría por el nuevo hijo y dolor por el recuerdo del hijo perdido.

b) SEGUNDO TRIMESTRE

El umbral del dolor se encuentra disminuido lo que provoca que la mujer acuse más las molestias habituales del embarazo. Pennebacker (2, 3) considera que este hecho es una respuesta de somatización ante la ansiedad que le provoca el pensar en la posibilidad de sufrir una nueva pérdida.

El miedo crece al sentir los primeros movimientos del bebé, los padres pensaban que estos movimientos les darían confianza, en lugar de esto se cuestionarán si son muchos, pocos o suficientes. El conocer el sexo del bebé les puede producir sentimientos encontrados: Algunos querrán un bebé del mismo sexo del que murió y otros del sexo opuesto. Este hecho supondrá un resurgimiento del dolor porque empiezan a ser conscientes de que se trata de un niño diferente al que falleció.

c) TERCER TRIMESTRE

El miedo se incrementa conforme se acerca la fecha de parte, no es raro que los padres digan: "saquen al bebé como sea, ahora que todavía está vivo."

Hense (4) observó una resistencia de la mujer a establecer el vínculo de apego como una respuesta materna de autoprotección para no ser lastimada de nuevo.

COORDINACIÓN INTERNIVELES

En los padres que han sufrido una pérdida perinatal previa a la nueva gestación

ASISTENCIA ESPECIALIZADA

Se consideran embarazos de alto riesgo, por lo tanto el seguimiento del programa de embarazo, parto y puerperio se realizará de manera conjunta entre atención primaria y atención hospitalaria. Las visitas ginecológicas se realizarán en el hospital de referencia mientras que las visitas de la matrona se llevarán a cabo por la matrona de su centro de salud.

Debemos tener en cuenta que en muchas ocasiones la gestante experimenta contracciones o sienten que el bebé ha dejado de moverse en fechas próximas al aniversario de la pérdida del bebé anterior.

Al encontrarse el umbral del dolor disminuido, percibirá con mayor intensidad las molestias habituales del embarazo.

Durante el proceso de dilatación, las reacciones emocionales de los padres pueden estar intensificadas al recordar la experiencia anterior. Es muy importante el acompañamiento y la escucha por parte del profesional sanitario en este momento.

Tras el parto es fundamental el contacto precoz piel-piel para facilitar el vínculo y aliviar la preocupación, ofreciéndoles a los padres un espacio de intimidad en el puerperio inmediato.

ASISTENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

El objetivo principal es trabajar el miedo a otro embarazo anormal. Desde la consulta de atención primaria se debe ofrecer un espacio de diálogo y ayuda para resolver dudas favoreciendo la expresión de miedos y ansiedades.

Ayudarlos a eliminar el miedo a vincularse afectivamente a este nuevo bebé. Hay que entender que el mantener una relación distante con el bebé que llega es su forma de protegerse debiendo guiar a los padres en la aceptación de que sería igualmente doloroso que este bebé muriese también y ellos no se hubiesen permitido establecer vínculo con él.

Es especialmente adecuado que visiten el área de dilatación y parto, para ello concertaremos cita con la supervisora de paritorios del área hospitalaria. Aunque a los padres les resulte difícil, debemos aconsejarla pues nos ayuda a prevenir que el síndrome de estrés postraumático se produzca el mismo día del parto, necesitan recrear sus sentimientos y enfrentarse a ellos para que cuando llegue el nuevo parto estén preparados.

Las visitas domiciliarias de la matrona durante el puerperio permitirán valorar la interacción madre-hijo/ a y detectar alteraciones en la adaptación de la mujer a su nuevo rol de madre.

Tabla1. Coordinación interniveles: guía del proceso de embarazo en feto cruz anterior.

PRIMERA VISITA	MATRONA	6-8 semanas de gestación	Primera visita. Recomendaciones generales.
SEGUNDA VISITA	TOCÓLOGO DE ATENCIÓN PRIMARIA	12-13 semanas de gestación	Confirmación evolución normal de la gestación y edad gestacional. Derivación asistencia especializada.
TERCERA VISITA	MATRONA	16-18 semanas de gestación	Evaluación de analíticas. Valorar la vinculación afectiva con nueva gestación.
CUARTA VISITA	TOCÓLOGO AREA HOSPITALARIA	20 semana de gestación	Ecografía morfológica de las 20 semanas. Evaluar riesgo obstétrico.
QUINTA VISITA	MATRONA	23-24 semana de gestación	Solicitar analítica del 2 trimestre. Test O' Sullivan. Recomendar vacuna Tétanos. Citar para educación maternal.
SEXTA VISITA	MATRONA	28 semana de gestación	Valoración analítica. Explorar miedos e inseguridades que resurgen en este trimestre.
SEPTIMA VISITA	TOCÓLOGO ÁREA HOSPITALARIA	32 semana de gestación	Ecografía con objetivo de valorar crecimiento y anomalías congénitas de aparición tardía
OCTAVA VISITA	MATRONA	35-36 semana de gestación	Solicitar analítica del 3 trimestre. Toma de EGB. Visita coordinada a las salas de dilatación/paritorio del hospital de referencia.
NOVENA VISITA	TOCÓLOGO DE ÁREA HOSPITALARIA	38 semana de gestación	Evaluación de riesgos obstétricos de nueva aparición. Pruebas de bienestar fetal (TNS, Ecografía).

DECIMA VISITA	TOCÓLOGO DE ÁREA HOSPITALARIA	40 semana de gestación	Evaluación de riesgos obstétricos de nueva aparición. Pruebas de bienestar fetal (TNS, Ecografía).
VISITA PUERPERAL	MATRONA		Valoración del estado materno: Adaptación al rol materno.

DESARROLLO

Coordinación interniveles mediante NANDA-NIC-NOC (7, 8, 9, 10)

DIAGNOSTICO ENFERMERO	NOC	NIC
00172 Riesgo de duelo disfuncional r/c muerte perinatal en gestación anterior m/p conductas que dificultan la aceptación de la pérdida.	1305 Modificación psicosocial: Cambio de vida. 130507 Expresiones de sentimientos permitidos. 130508 Identificar estrategias de superación.	5230 Aumentar el afrontamiento 5270 Apoyo emocional 5240 Asesoramiento
000146 Ansiedad r/c estrés ocasionada por la nueva gestación m/p trastorno del sueño, preocupación y verbalización de angustia.	001402 Autocontrol de la ansiedad	002300 Administración de medicación 005230 Aumentar el afrontamiento 005880 Técnicas de relajación
000069 Afrontamiento inefectivo r/c falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación m/p expresiones de incapacidad para afrontar la situación.	00132 Afrontamiento de los problemas 000906 Toma de decisiones	005230 Aumentar el afrontamiento 004920 Escucha activa 005294 Facilitar el duelo

CONCLUSIONES

La muerte perinatal en gestaciones anteriores condicionará la vivencia de la nueva gestación desde un marco de inseguridad, ansiedad y temor por tanto La implantación de un plan de cuidados estandarizados asegura un adecuado asesoramiento a la pareja por parte de los profesionales sanitarios mediante un lenguaje común, esto ayudaría a disminuir las patologías psiquiátricas de la pareja y lograr una vivencia positiva de la nueva gestación

ANEXO

Sesiones formativas en educación para la salud:

SESIÓN 1: El duelo <i>Objetivos:</i> Expresar sentimientos y pensamientos sobre la pérdida del hijo. Identificar la fase del proceso de duelo en el que se encuentra.	Actividades Valorar historia puerperal. Describir las fases del duelo. Identificar núcleos de apoyo emocional en el círculo familiar.
SESIÓN 2: La comunicación con la pareja <i>Objetivos:</i> Verbalizar sentimientos compartidos con la pareja.	Actividades Destacar la importancia de la comunicación con la pareja. Expresión de sentimientos/temores en el nuevo embarazo.
SESIÓN 3: El nuevo embarazo <i>Objetivos:</i>	Actividades Explicar la importancia de vivir la nueva gestación desde

Verbalizar que la llegada de un nuevo hijo no viene a sustituir al perdido.	el proceso de duelo resuelto. Asignar un nombre al futuro recién nacido. Valorar grado de vinculación afectiva o negación de la nueva gestación.
SESIÓN 4: Autoestima <i>Objetivos:</i> Identificar actividades de la vida cotidiana alteradas por el duelo. Expresar sentimientos positivos hacia ellos mismos.	Actividades Informar sobre la importancia de mantenerse bien físicamente: nutrición, ejercicio, descanso. Elaborar grupos de apoyo con parejas que hayan vivido la misma situación.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Hunfeld JA, Taselaar-Kloos AK, Agterberg G, Wladimiroff JW, Passchier J. Trait anxiety, negative emotions, and the mothers' adaptation to an infant born subsequent to late pregnancy loss: a case-control study. *Prenat Diag* 1997; 19(9): 843-851.
- 2.-Paarlberg KM, Vingerhoets AJ, Passchier J, Heinen AG, DekkerGA, van Geijn HP. Psychosocial factors as predictors of maternal well-being and pregnancy-related complaints. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1996; 17(2): 93-102.
- 3.-Côté-Arsenault D, Mahlangu N. Impact of perinatal loss on the subsequent pregnancy and self: women's experiences. *JOGNN* 1999; 28(3): 274-282.
- 4.- Condon JT. Prevention of emotional disability following stillbirth: The role of the obstetrical team. *Aust NZ Obstet Gynaecol* 1987; 27: 323-329
- 5.- Mothander PR. Maternal adjustment during pregnancy and the infant's first year. *Scan J Psychol* 1992; 33: 20-28.
- 6.- Lake M, Knuppel RA, Murphy J, Johnson TM. The role of a grief support team following stillbirth. *Am J Obstet Gynecol* 1983
- 7.- NANDA-I. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. 1 ed. Barcelona: Elsevier España; 2010
- 8.- Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2009
- 9.- Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2009
- 10.-Alfaro-LeFevre R. Aplicación del Proceso enfermero. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2007.

INTERVENCIONES NICS EN LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA DE LAS ENFERMERAS RESIDENTES EN SALUD MENTAL.

AUTOR/ES

Yolanda Mejías-Martín, Aurora Quero-Rufián.

PALABRAS CLAVE

Enfermería psiquiátrica. Cuidados de enfermería. Competencias. Clasificación de Intervenciones de Enfermería.

INTRODUCCIÓN

Durante la formación de las enfermeras especialistas, el tutor colabora en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente. Además evalúa el proceso formativo realizado en la clínica asistencial. La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) propone unas intervenciones centrales para ser utilizadas por los profesionales, según la especialidad. La realización de estas intervenciones permite la evaluación de las competencias de las enfermeras residentes, relacionadas con la asistencial, docencia, investigación y gestión.

OBJETIVOS

Analizar las intervenciones propuestas por la NIC para la especialidad de Enfermería de Salud Mental/Psiquiátrica.

Identificar otras NIC que permitan conseguir el perfil competencial de las enfermeras residentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

En una primera fase se han revisado y analizado las intervenciones centrales de la cuarta, quinta y sexta edición de la NIC seleccionadas para la especialidad de enfermería de Salud Mental/Psiquiátrica.

Dos enfermeras expertas han identificado otras NICs que las enfermeras residentes también pueden realizar y permiten al tutor la evaluación de la competencia.

Por último se han asociado las NICs a las competencias que deben adquirir las enfermeras residentes de salud mental.

RESULTADOS

Los resultados muestran la primera fase del estudio.

La tabla I contiene la evolución de las NICs de la cuarta, quinta y sexta edición. La sexta edición proponen 64 NIC centrales para realizar por las enfermeras de Salud Mental. En relación a las

contenidas en anteriores ediciones, en unos casos se eliminan y en otros se cambia la denominación de la intervención.

En la tabla II, III, IV y V se relacionan las NICs con cada competencia. De las 64, se suprimen 3 y se añaden 48, quedando un total de 109 intervenciones.

Tabla I: NICs centrales de las ediciones cuarta, quinta y sexta

ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL /PSIQUIÁTRICA			
EDICIÓN	AÑADIDAS	SUPRIMIDAS	NIC TOTALES
CUARTA 2005			55
QUINTA 2009	4680 Biblioterapia	7320 Control de casos específicos	59
	7440 Facilitar permisos	4390 Terapia con el ambiente	
	7320 Gestión de casos		
	4740 Llevar un diario		
	5515 Mejorar el acceso a la información sanitaria		
	4390 Terapia con el entorno		
SEXTA 2014	6430 Contención farmacológica	5230 Aumentar el afrontamiento	64
	5330 Control del estado de ánimo	6430 Control de agentes químicos	
	5000 Elaboración de relaciones complejas	5330 Control del humor	
	6466 Manejo de la demencia deambulación errática	6450 Manejo de ideas ilusorias	
	6450 Manejo de las ideas delirantes	5390 Potenciación de la conciencia de sí mismo	
	5220 Mejora de la imagen corporal	5220 Potenciación de la imagen corporal	
	5230 Mejorar el afrontamiento	5000 Relaciones complejas del hospital	
	5390 Potenciación de la autoconciencia		
	5326 Potenciación de las aptitudes para la vida diaria		
	2390 Prescribir medicación		
	8080 Prescripción: pruebas diagnósticas		
	5328 Visitas domiciliarias de apoyo		

Tabla II: NICs sugeridas para las competencias asistenciales

ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL /PSIQUIÁTRICA		
Utilizar la relación terapéutica como instrumento básico de comunicación y relación en el marco de los cuidados de enfermería de salud mental y de los principios éticos.		
4420 Acuerdo con el paciente*	4340 Entrenamiento de la asertividad	5230 Mejorar el afrontamiento
5240 Asesoramiento	4370 Entrenamiento para controlar los impulsos	4360 Modificación de la conducta
5270 Apoyo emocional*	4920 Escucha activa	4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales
5250 Apoyo en la toma de decisiones*	4380 Establecer límites	4820 Orientación de la realidad
4330 Arteterapia*	5290 Facilitar el duelo	5390 Potenciación de la autoconciencia
4640 Ayuda para el control del enfado.	4480 Facilitar autorresponsabilidad*	5400 Potenciación de la autoestima
5330 Control del estado de ánimo.	5300 Facilitar la expresión del sentimiento de culpa	5326 Potenciación de las aptitudes para la vida diaria
5820 Disminución de la ansiedad.		4700 Reestructuración cognitiva
5000 Elaboración de relaciones complejas		

4364 Elogio*

6160 Intervención en caso de crisis

4740 Llevar un diario

Formular juicios profesionales a partir de la integración de conocimientos, el análisis de la información y el pensamiento crítico.

8180 Consulta por teléfono*

4390 Terapia con el entorno

5450 Terapia de grupo

5430 Grupo de apoyo

7150 Terapia familiar**

Valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar cuidados de enfermería de salud mental dirigidos a personas, familias y grupos, de acuerdo con el concepto de atención integral, en el marco de la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la salud mental, a lo largo del ciclo vital, teniendo en cuenta asimismo los criterios de calidad y seguridad del paciente.

6630 Aislamiento,

4356 Manejo de la conducta: sexual.

2690 Precauciones contra las convulsiones*

6400 Apoyo en la protección contra abusos,

2680 Manejo de las convulsiones*

6470 Precauciones contra fugas.

1800 Ayuda con el autocuidado*

6460 Manejo de la demencia

6600 Precauciones contra incendios provocados.

1805 Ayuda con el autocuidado: AIVD,

6462 Manejo de la demencia: baño.

5340 Presencia*

4490 Ayuda para dejar de fumar*

Manejo de la demencia: deambulación errática

6490 Prevención de caídas*

4680 Biblioterapia.

6140 Manejo de la parada cardiorrespiratoria*

4500 Prevención del consumo de sustancias nocivas.

7710 Colaboración con el médico*

2570 Manejo de la terapia electroconvulsiva.

6340 Prevención del suicidio.

6430 Control intestinal*

6510 Manejo de las alucinaciones.

1460 Relajación muscular progresiva*

0620 Cuidados de la retención urinaria*

6450 Manejo de las ideas delirantes.

6420 Restricción de zonas de movimiento

6200 Cuidados en la emergencia*

1030 Manejo de los trastornos de la alimentación.

6580 Sujeción física

5900 Distracción*

5220 Mejora de la imagen corporal.

4310 Terapia de actividad*

7440 Facilitar permisos.

1850 Mejorar el sueño*

6040 Terapia de relajación*

7980 Informe de incidencias*

5100 Potenciación de la socialización*

5880 Técnica de relajación

8140 Informe de turnos*

4354 Manejo de la conducta: autolesión.

4860 Terapia de reminiscencia.

4352 Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención.

4514 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada de las drogas.

4512 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada del alcohol.

Participar en la elaboración del plan integral de atención a la salud mental de las personas, familias y grupos, aportando al equipo de salud mental planes de cuidados específicos.

7110 Fomentar la implicación familiar**

7120 Movilización familiar*

7150 Terapia familiar**

Coordinar y favorecer la continuidad entre los diferentes niveles asistenciales, mediante la elaboración del informe de continuidad de cuidados de enfermería

7370 Planificación para el alta*

8100 Derivación*

Elaborar, aplicar y evaluar guías clínicas de cuidados de enfermería de salud mental basadas en las evidencias científicas y participar en la creación de guías clínicas de salud mental con otros profesionales

8700 Desarrollo de un programa*

Manejar e indicar el uso de fármacos y otros productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería en el ámbito de la salud mental, de acuerdo con la legislación vigente

2300 Administración de medicación.

2380 Manejo de la medicación

8086 Prescripción: tratamiento no farmacológico*

6430 Contención farmacológica.

2390 Prescribir medicación.

8060 Transcripción de órdenes*

2395 Control de la medicación*

Programar y desarrollar planes de cuidados de enfermería de salud mental en el ámbito comunitario, utilizando la visita domiciliaria como instrumento de intervención terapéutica

7110 Fomentar la implicación familiar**

5328 Visitas domiciliarias de apoyo

7040 Apoyo al cuidador principal*

Coordinar los cuidados de enfermería que se ofertan cualquiera que sea el dispositivo y nivel de atención a la salud mental en el que se encuentre, supervisando las intervenciones de otros profesionales y el ajuste de las mismas a la planificación de cuidados especializados de salud mental establecidos para cada paciente y/o situación

7960 Intercambio de información de cuidados de salud* 8020 Reunión multidisciplinar sobre cuidados*

Actuar como gestora de casos en los problemas de salud mental que requieren continuidad de cuidados (por ejemplo en trastornos mentales graves), manejando la estrategia que haya sido consensuada por el equipo de salud mental

7320 Gestión de casos

Asesorar, en calidad de experta, a profesionales de enfermería, otros profesionales de la salud, así como a personas y/o grupos

7910 Consulta

Tabla III: NICs sugeridas para las competencias docentes

ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL /PSIQUIÁTRICA

Educar en materia de salud mental a personas, familias, grupos y comunidades

5510 Educación para la salud*

5515 Mejorar el acceso a la información sanitaria

5606 Enseñanza individual*

Formar en materia de salud mental a los futuros profesionales y especialistas de enfermería, así como colaborar en la formación de otros profesionales

7850 Desarrollo del personal*

Tabla IV: NICs sugeridas para las competencias investigadoras

ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL /PSIQUIÁTRICA

Generar conocimiento científico en el ámbito de la salud, impulsar líneas de investigación y divulgar la evidencia

Liderar y/o participar como miembro del equipo investigador en proyectos de investigación multidisciplinarios

8120 Recogida de datos para la investigación*

Tabla V: NICs sugeridas para las competencias de gestión

ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL /PSIQUIÁTRICA

Dirigir y/o participar en la organización y administración de los servicios de salud mental

7630 Contención de los costes*

8550 Manejo de los recursos económicos*

7800 Control de calidad*

7840 Manejo de los suministros*

Participar en la determinación de objetivos y estrategias en materia de salud mental, dentro de las líneas generales de la política sanitaria y social del país

7640 Desarrollo de vías clínicas*

7970 Seguimiento de la política sanitaria*

Gestionar los recursos humanos disponibles para valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar cuidados de enfermería de salud mental dirigidos a personas, familias y grupos, de acuerdo con el concepto de atención integral, en el marco de la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la salud mental, a lo largo del ciclo vital.

7700 Evaluación de los compañeros*

*NICs propuestas por las autoras

** NICs utilizadas para varias áreas de la competencia

CONCLUSIONES

Las intervenciones centrales propuestas por la NIC en la sexta edición son insuficientes para describir las áreas competenciales de la especialidad de Salud Mental. Se han eliminado del listado las intervenciones, 6926 Fototerapia: regulación del biorritmo, 4430 Terapia de juegos y 8080 Prescripción: pruebas diagnósticas, por no adaptarse al actual marco legal de la especialidad o a la atención de adultos en España.

Para la competencia investigadora observamos que sólo se ha sugerido una NIC, por lo que sería interesante proponer otras intervenciones que reflejen la actividad investigadora de las enfermeras.

Se pretende validar en los próximos cuatro años, el listado de las 109 intervenciones sugeridas en este estudio y está abierto a que se puedan añadir otras que puedan ser realizadas por la enfermera residente.

BIBLIOGRAFÍA

Dochterman J M, Bulechek G M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Cuarta edición.. Madrid: Elsevier España 2004.

Bulechek G M, Butcher H K, Dochterman J M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Quinta edición.. Barcelona: Elsevier España 2009.

Bulechek G M, Butcher H K, Dochterman J M, Wagner C M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Sexta edición. Barcelona: Elsevier España 2014.

Morales Asencio, José Miguel. La competencia clínica en estudiantes de Grado en Enfermería. Evidentia. 2013 jul-sep; 10(43). Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/n43/ev4300.php>> Consultado el 10 de febrero de 2014.

BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO. Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental.

ESTADO DE SALUD, CONOCIMIENTO Y RENDIMIENTO DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES QUIRÚGICOS SEGÚN INDICADORES NOC

AUTOR/ES

Emília Chirveches-Pérez, Josep Roca-Closa, Emma Puigoriol-Juveny, Marina Pont-Lluelles, Inmaculada Dot-Suarez, Azahara Molina-Torres

PALABRAS CLAVE

Enfermería; Cuidado informal, Cirugía, Hospitalización; Dependencia

INTRODUCCIÓN

La NOC (Nursing Outcomes Classification) describe al cuidador familiar como el miembro de la familia, persona significativa, amigo u otra persona que cuida o actúa en beneficio del paciente.

OBJETIVOS

Analizar el estado de salud, conocimiento y apoyo social de los cuidadores informales de pacientes intervenidos de cirugía abdominal en el Consorci Hospitalari de Vic (Barcelona) durante el proceso quirúrgico, mediante indicadores NOC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional longitudinal con una sola cohorte de cuidadores no remunerados y mayores de edad, de pacientes con patología quirúrgica abdominal. Periodo de estudio: Febrero de 2011 y Marzo de 2012. Variables: características sociodemográficas, estado de salud, rendimiento y apoyo familiar de los cuidadores durante el proceso quirúrgico, según indicadores NOC. Se realizó un análisis estadístico descriptivo bivariado y multivariado de las variables, obtenidas durante el ingreso, el alta y la convalecencia domiciliaria.

RESULTADOS

Se incluyeron 317 cuidadores, la mayoría mujeres casadas, con una edad media de $52,9 \pm 13,7$ años y sin experiencia previa como cuidadoras (99,9%). Las puntuaciones NOC: trastorno de la actividad rutinaria, sensación de control, temor, patrón de sueño, satisfacción de la salud física y emocional, conocimiento del proceso de la enfermedad y del plan de tratamiento, confianza en la realización de las tareas necesarias, y piden información sobre el estado o condición del pacientes, variaron durante el preoperatorio, la transición hospital al domicilio y la convalecencia ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES

Antes de la intervención quirúrgica, la mayoría de los cuidadores presentan un buen estado de salud física y emocional que se mantiene durante el proceso quirúrgico, y en algunos casos mejora durante la convalecencia. Durante la convalecencia y respecto al preoperatorio, los cuidadores mejoran el conocimiento sobre el plan de tratamiento pero no el conocimiento sobre el proceso de enfermedad, la confianza en la realización de las tareas necesarias y, disponen de menos apoyo familiar.

BIBLIOGRAFÍA

Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2005). Clasificación de resultados de enfermería (NOC) (3a. ed.). Madrid: Elsevier.

Úbeda-Bonet, I. (2009). Calidad de vida de los cuidadores familiares: Evaluación mediante un cuestionario (Tesis doctoral, Universitat de Barcelona, Barcelona, España). Recuperada el 27 de julio de 2013, de <http://hdl.handle.net/10803/2081>

Quero-Rufián, A., Briones-Gómez, R., Prieto-González, M., Pascual-Martínez, N., Navarro López, A. & Guerrero Ruiz, C. (2005). Los cuidadores familiares en el hospital universitario de traumatología y rehabilitación de Granada. *Revista de enfermería*, 14(48-49). Recuperado el 27 de julio de 2013, de doi: 10.4321/S1132-12962005000100003

González-Requejo, J. (2008). La intervención quirúrgica: rito de paso en ambiente hospitalario. *Index de Enfermería*, 17(3). Recuperado el 27 de julio de 2013, de doi: 10.4321/S1132-12962008000300011

ESPIRITUALIDAD ANTE BIBLIOTERAPIA PARA CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE

AUTOR/ES

Patrícia da Silva Trasmontano, Eliane Ramos Pereira, Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva, Marcos Andrade Silva

PALABRAS CLAVE

Espiritualidad, Biblioterapia, Asistencia Integral de la Salud.

INTRODUCCIÓN

Meditar en el significado y propósito de la vida, bajo el aspecto del cuidado, se centra en la preocupación de la espiritualidad como fenómeno y concepto psicosocial, multidimensional de la experiencia humana, resultado de la autorrealización subjetiva, parte compleja, que se diferencia de la religión, religiosidad y las creencias personales. La Espiritualidad puede ser alimentada en la atención integral al paciente, a través de la Biblioterapia y entendida en el cuidado de la salud, en la investigación clínica y en el proceso de enfermería, desde la intersección de NANDA-I, NIC y NOC.

OBJETIVOS

Discutir la Biblioterapia como recurso de "Apoyo y Facilitación del Crecimiento Espiritual", en lo cuidado integral al paciente, desde la intersección de NANDA-I, NIC y NOC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio bibliográfico, en las literaturas NANDA-I, NIC y NOC, para identificación de las clasificaciones de diagnósticos, intervenciones y resultados en enfermería, con respecto a la dimensión espiritual en la atención al paciente e intervención biblioterapéutica.

RESULTADOS

Entre las actividades descritas por la intervención de "Apoyo Espiritual", identifica "proporcionar música, literatura [...] para el individuo". Mientras que para la "Facilitación del Crecimiento Espiritual", es "fomentar un diálogo que ayuda al paciente para descartar preocupaciones espirituales". Y la "Biblioterapia" emerge como intervención de ayuda, puesto que puede "Identificar las necesidades emocionales, cognitivas, de desarrollo o situacional del paciente [...]".

CONCLUSIONES

Hay elementos científicos, artísticos, culturales o filosóficos, que podrían ser aprovechados para permitir la nutrición de la espiritualidad en lo cuidado integral, para promoción de la salud,

bienestar y calidad de vida de los pacientes. Precisamente, destacamos la Biblioterapia. Luego, la investigación ayuda en los avances del conocimiento de enfermería y otras profesiones de la salud, aunque sea capaz de "sumar" al desarrollo de la asistencia en salud basado en la ciencia, técnica y en valores humanísticos.

BIBLIOGRAFÍA

BULECHEK, G., BUTCHER, H., & DOCHTERMAN, J. (2010). *Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC*. (5 ed.) Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. p. 189; 371 - 372.

CALDIN, C. (dez de 2001). A leitura como função terapêutica: biblioterapia. *R. Bibliotecon. Ci. Inf.*, Florianópolis, (12). Recuperado em: 02 nov 2013 de <<http://www.ced.ufsc.br/bibliote/encontro/bibli12/caldin.html>>.

(2010). *Biblioterapia: um cuidado com o ser*. São Paulo: Porto de Idéias, 199.

DOCHTERMAN, J.M.C., & BULECHEK, G.M.(2008). *Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC*. (4 ed.) Porto Alegre: Artmed, 880 e 916.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOSÉ CLUNY – CLUNY. *Classificações para a Prática de Enfermagem: NIC*. Disciplina Informática na Saúde e na Enfermagem (Curso de Licenciatura em Enfermagem). Funchal/ Portugal: Escola Superior de Enfermagem São José Cluny. Recuperado em: 04 set 2013 de <<http://asclassificacoesdeenfermagem.weebly.com/index.html>>.

FRANKL, V.E. (1987). *EM BUSCA DE SENTIDO: Um Psicólogo no Campo de Concentração*. [Tradução de Walter O. Schlupp e Carlos C. Aveline]. Porto Alegre: Sulina; São Leopoldo: Sinodal. 174.

KOENIG, H.G. (2012). *Medicina, Religião e Saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade*. (1 ed.) Porto Alegre, RS: L&PM.

LADWIG, G.B., & ACKLEY, B.J. (2012). *MOSBY Guia de Diagnóstico de Enfermagem*. [Tradução: Sergio Roxo Mundim et al]. Rio de Janeiro: Elsevier, 928.

PINHEIRO, R. (2009). CUIDADO EM SAÚDE: Cuidado Integral De Saúde. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Recuperado em: 07 out 2013 de <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>>.

WHOQOL SRPB GROUP (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science and Medicine*, (62), 1486-1497.

NURSING PROCESS: THE CHALLENGE OF INCORPORATION IN PRIMARY HEALTHCARE

AUTOR/ES

Carmen Maria Casquel Monti Juliani, Fernanda Augusta Penacci Torralbo

PALABRAS CLAVE

Nursing/Classification, Public health

INTRODUCCIÓN

The Brazilian Health System is medical centered hindering multidisciplinary actions. The Nursing Professional Law establishes Nursing activities. Nurses have more autonomy in primary care. However, the systematization of nursing care is most commonly performed in hospitals. Wanda Horta was the pioneer in Nursing Process in Brazil. She believed that autonomy could be achieved through scientific methodologies, i.e., by systematic application of the nursing process. The Federal Board of Nursing in 2009 determined the performance of the nursing process in every environment where there is professional nursing care. In our experience we recognize difficulties in the systematization of health care delivery, despite the efforts of the Brazilian Nursing Association, which since 1996 has developed a project called International Classification of Nursing Practice in Public Health – CIPESC to contribute to the International Classification of Nursing Practice - CIPE. This study is justified by expanding the role of nurses in health care professional especially with the expansion of the family health strategy. We intend to answer the question: what the literature shows about the incorporation of CIPESC classification in nursing practice in primary care?

OBJETIVOS

Identify and analyze articles in the literature about the incorporation of CIPESC in primary care.

MATERIAL Y MÉTODOS

Integrative literature review, from survey on scientific grounds virtual health library

RESULTADOS

The introduction of CIPESC rating represented a great step forward, but it is necessary to incorporate this tool in action by nurses in the National Health System. Initiatives exist, but the tool is little explored in the practice of primary care.

CONCLUSIONES

Advances include nursing education and professional practice. Expand the use of taxonomy promotes scientific record that contributes to the appreciation of the work of nurses and quality of care to users.

BIBLIOGRAFÍA

CARVALHO, CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem.. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4384> >. Acesso em: 09 ago. 2013. BRASIL. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4173>>. Acesso em: 09 set. 2012. Cubas MR, Egry EY. Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC®: [revisão] / International classification of nursing practices in collective health - CIPESC®: [review]. *Rev Esc Enferm USP*; 42(1): 181-186, mar. 2008.

VALIDACIÓN DE UN DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA MEDIANTE ANÁLISIS RASCH

AUTOR/ES

Luis Carlos Orozco-Vargas, Carolina Vargas-Porras, Beatriz Villamizar-Carvajal

PALABRAS CLAVE

Diagnóstico, validación, análisis Rasch

INTRODUCCIÓN

La validación de diagnósticos de enfermería se basa en la propuesta de cuatro modelos de Fehring: modelo de validación de contenido; en general, las características definitorias de los diagnósticos de enfermería se han obtenido con este modelo, modelo de validación clínica enfocado a la percepción del paciente, modelo de validación de diagnósticos diferenciales y el modelo de validación clínica por concordancia entre expertas. Pero aún falta la validez de constructo para buscar la unidimensionalidad de las características definitorias, correspondiente a los ítems que representan el concepto.

OBJETIVO

Determinar la validez del diagnóstico de enfermería "Deterioro Parental" mediante análisis Rasch.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de corte transversal. La muestra conformada por 301 participantes. Se siguieron los lineamientos de validación de un constructo según Messick estructurados dentro de la metodología Rasch por Wolfe Smith.

RESULTADOS

18 características definitorias parentales estudiadas ajustaron al modelo Rasch por lo tanto, son una medida unidimensional lineal de intervalo del diagnóstico.

CONCLUSIONES

La validez de constructo a través del análisis Rasch permite obtener medidas de intervalo a partir de ítems dicotómicos u ordinales y logra determinar el grado de dificultad del ítem, lo que representa un aporte a la evidencia científica de enfermería.

BIBLIOGRAFIA

Ngai, F.W. et al. (2010). Predictors and correlates of maternal role competence and satisfaction. *Nursing research*, 59(3), 185-193.

Orozco, L.C. (2013). Métodos para Validação de Diagnósticos de Enfermagem - Modelo Rasch. In: NANDA Internacional Inc. PRONANDA: Programa de Atualização em Diagnóstico de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed Panamericana.

Wolfe, E.W. et al.(2007). Instrument development tools and activities for measure validation using Rasch models: Part I and Part II -Instrument development tools. In Smith, E.V. Jr., &Smith, R.M, editors.*Rasch measurement: advanced and specialized applications*. Maple Grove: JAM Press. 202-290.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y GRADOS DE DEPENDENCIA DE ANCIANOS.

AUTOR/ES

Regina Célia Popim; Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua, Natalia de Lima Silva, Giovanna Hass Bueno.

PALABRAS CLAVE

Enfermería, diagnóstico de enfermería, anciano, incapacidad

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de los brasileños es reciente y continuo y conlleva disminución de las capacidades funcionales. Muchos desarrollan enfermedades que agravan su condición de vida y los hacen dependientes.

OBJETIVOS

Conocer el perfil de los ancianos y su dependencia en cuanto a las actividades básicas de vida diaria. Elaborar diagnósticos de enfermería en la población estudiada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuantitativo del Ambulatorio de la Liga Académica de Geriátrica y Gerontología de la Facultad de Medicina de Botucatu. Se eligieron los diagnósticos de enfermería según la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y la escala de evaluación funcional de Katz, aplicada a los ancianos, en número de 106, entre 60 y 104 años, atendidos de febrero a septiembre de 2012.

RESULTADOS

La mayoría de los ancianos que necesitan cuidados fueron mujeres y viudos con 81 años en media. Dolor crónico relacionado con incapacidad física y andar perjudicado relacionado con la presencia de patologías osteoarticulares fueron los diagnósticos más frecuentes entre ellos.

CONCLUSIONES

Conocer el perfil de los ancianos, su grado de dependencia y en destaque los diagnósticos de enfermería posibilita a los enfermeros planear individualmente los cuidados de enfermería y dirigir para las intervenciones específicas durante la consulta de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

North American Nursing Diagnostics Association. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2009-2011. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010; Katz S, Ford A,

Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963 Set.; 12: 914-9.

Ramos LR, Toniolo Neto J. Geriatria e Gerontologia: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. Unifesp. Ed. Manole. São Paulo. 2005.

ESTANDARIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN PACIENTES TRATADOS CON SOPORTE CIRCULATORIO EXTRACORPÓREO

AUTOR/ES

Isabel Ibáñez-Rementería, Ana Rosa Alconero-Camarero, Jorge Arozamena-Pérez y Ma Alexandra Gualdrón-Romero.

PALABRAS CLAVE

Dispositivo de asistencia ventricular, plan de cuidados, diagnóstico enfermero

INTRODUCCIÓN

Un dispositivo de asistencia ventricular (DAV) es un método de soporte circulatorio extracorpóreo que suplente la función cardíaca cuando el corazón soporta daño miocárdico severo; en este complejo engranaje coexiste el proceso de atención de enfermería, como método sistemático con base científica, que sirve como herramienta para la planificación de los cuidados de forma ordenada, rigurosa y evaluable.

VALORACIÓN

Paciente adulto, sedoanalgesiado y con ventilación mecánica, portador de un soporte circulatorio a corto plazo (24-48 horas). La valoración se realiza por aparatos o sistemas.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Los posibles diagnósticos de enfermería (DxE) son: *Riesgo de deterioro de la integridad cutánea* (00047) y *Ansiedad* (00146) a su familia. En un 99% de casos los problemas serán de colaboración, como hemorragia, hipovolemia, arritmias, infección y complicaciones derivadas del mal funcionamiento del dispositivo.

RESULTADOS

NOC relacionados con el DxE (00047): 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Relacionados con el DxE (00146): 1211 Nivel de ansiedad, 1302 Afrontamiento de problemas y 1402 Auto control de la ansiedad.

INTERVENCIONES

NIC relacionadas con el DxE (00047): 0740 Cuidados del paciente encamado, 3540 Prevención de úlceras por presión, 3500 Manejo de presiones y 3590 Vigilancia de la piel. Relacionadas con el DxE (00146): 5230 Aumentar el afrontamiento, 5820 Disminución de la ansiedad y 5880 Técnica de relajación.

EVALUACIÓN

Los planes de cuidados (PC) estandarizados nos permiten unificar criterios, coordinar pautas de actuación y prever resultados. Los PC en la práctica clínica son personalizados y adaptados a cada situación concreta.

BIBLIOGRAFÍA

-Francisco del Cañizo J. Aspectos técnicos y generales de la asistencia mecánica circulatoria. Experiencia con el proyecto BCM. Cir Cardiov. 2009; 16: 187-95.

-Heather Herdman T. NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2014. 9ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2013.

- Johnson M, Bulechek GM, Butcher H, Maas ML, McCloskey Dochterman J, Moorhead S. Interrelaciones NANDA, NIC y NOC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Masson Elsevier; 2006.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL

AUTOR/ES

Stephani Amanda-Ferreira; Stephanie-Marson; Amália de Fátima-Lucena; Isabel Cristina-Echer.

PALABRAS CLAVE

Diagnóstico de Enfermería; Trasplante de Riñón; Atención de Enfermería

INTRODUCCIÓN

El receptor de trasplante renal requiere cuidado especial, por lo que las enfermeras necesitan saber que subvenciona la realización del plan de atención basado en los diagnósticos de enfermería (DE).

OBJETIVOS

Identificar la atención de enfermería aplicada a los pacientes con trasplante renal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal en hospital universitario con muestra de 165 pacientes trasplantados entre enero de 2007 y enero de 2009. Los datos se obtuvieron de los registros médicos electrónicos y analizados mediante estadística descriptiva. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética.

RESULTADOS

Fueron identificados 250 cuidados distintos de atención. Los cuidados se agruparon de acuerdo a los diagnósticos de enfermería (DE) con mayor frecuencia establecida. La principal atención para el riesgo de infección estaba con la administración de medicamentos, la punción venosa, la herida y el cateterismo urinario. La advertencia principal para el DE Cambio en la eliminación urinaria, fue con frecuencia, volumen y apariencia de la diuresis. Para el DE Protección ineficaz los cuidados fueron: protección contra Infección, instruyendo al paciente y su familia y la administración de medicamentos. La atención principal para el DE Déficit en el autocuidado: baño y / o higiene estaban relacionados con la higiene personal, instruyendo al paciente y su familia, y el control del dolor. Para el DE Integridad del tejido los cuidados fueron con la herida operatoria, la piel, higiene y con los medicamentos. Los cuidados para el DE Dolor agudo estaban con la analgesia, el registro y la evaluación del dolor como quinto signo vital.

CONCLUSIÓN

La identificación de los principales cuidados posibilitó calificarla atención de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

Bulechek GM, McCloskey JC Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

Herdman, T.H. (Ed.) NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2012-2014. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012.

* Investigación con el apoyo financiero de FIPE/HCPA.

NECESIDADES SURGIDAS Y RESPUESTAS DADAS EN METODOLOGÍA ENFERMERA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA HERRAMIENTA INFORMÁTICA

AUTOR/ES

María José Galán-Espinilla, Ana María Ariztegui-Echenique y Guillermina Marí-Puget.

INTRODUCCION

En Navarra en el año 2002, se inició la implantación de la herramienta informática OMI-AP (ATENEA a partir del 2012), suponiendo un avance importante, facilitando la realización de tareas y economización de tiempos. Desde el inicio hasta la implantación plena, en todas las Zonas Básicas de Salud trascurrieron entre 2 y 3 años.

La actividad de enfermería en los inicios de OMI-AP se reflejaba únicamente en la historia informatizada como un mero registro de datos. Pasaron al menos 2 años hasta que comenzó a elaborarse el primer proyecto destinado a introducir el uso de planes de cuidados de enfermería dentro del sistema.

En el año 2006, se inició la planificación de la formación y estrategia de implantación e incorporación del módulo de planes de cuidados de enfermería. Aplicación específica que se incorporó a la historia informatizada y que facilitó a todas las profesionales integrar la metodología en la práctica diaria.

El método de planes de cuidados en OMI-AP sustituyó a los documentos de papel, agilizó el registro de las actividades realizadas, permitió invertir menor tiempo en esta tarea y potenció nuestra función investigadora, así como la explotación de los datos registrados. Pero a lo largo de todos estos años han ido identificándose una serie de necesidades a las cuáles ha habido que dar respuesta para avanzar en el uso de la metodología enfermera en el quehacer diario de las consultas de enfermería, en Atención Primaria de Navarra.

OBJETIVOS

Generales

Implantar una metodología de trabajo que permitiera una homogeneidad en el desempeño profesional, disminuyera la variabilidad de las actuaciones enfermeras y garantizase la continuidad de los cuidados.

Específicos

- Conocer el módulo de planes de cuidados como instrumento que facilita la integración de la metodología enfermera en la historia informatizada utilizada en Atención Primaria.
- Disponer de sistemas de información para evaluar la práctica profesional de enfermería.

- Unificar las actuaciones de enfermería en todas las Zonas Básicas de Salud garantizando unos servicios de calidad.
- Asegurar la continuidad de los cuidados a través de la utilización de un lenguaje común.

MATERIAL Y METODOS

Las enfermeras de Atención Primaria de Navarra fueron consultadas sobre las necesidades existentes en cuanto a metodología enfermera a través de las encuestas evaluativas que se distribuían en las sesiones de formación (Anexo 1 y 2).

Tras analizar las propuestas y sugerencias, se encontraron con dos necesidades principales: las derivadas de la nueva aplicación informática y las relacionadas con la propia metodología enfermera.

Para abordarlas de la mejor manera, teniendo en cuenta que su objetivo era llegar a todas las enfermeras que trabajaran en EAP-NA, y que el presupuesto que tenían era limitado, se propusieron realizar las siguientes estrategias:

Realizar una formación básica de carácter mixto sobre el "módulo de planes de cuidados de enfermería", como instrumento que facilitase la integración de la metodología enfermera en la historia clínica informática, dirigida a enfermería de Atención Primaria separadas en grupos de adultos y pediatría.

Reforzar puntualmente necesidades de formación de los equipos, resolución de dudas, elaboración de material de apoyo y continuar la actualización y adaptación de los protocolos elaborados desde la Dirección de Atención Primaria entre otras actuaciones.

El material fue entregado a los asistentes a los talleres y se colgó en la intranet del Gobierno de Navarra.

El taller permitió unificar criterios de actuación y registro. En ellos se insistió en la importancia y trascendencia de utilizar la metodología enfermera en nuestras actuaciones como forma de reflejar las atareas realizadas por enfermería a través de su lenguaje, taxonomía.

Para facilitar el intercambio y con el objetivo de unificar criterios de actuación se acordó trabajar un mínimo de una sesión al mes en cada EAP dentro del plan de docencia interno, mediante la discusión de un caso clínico. Así mismo se incorporaron varios planes estandarizados en la herramienta informática.

Desde la incorporación de los planes de cuidados en OMI- AP y posteriormente en ATENEA, se ha trabajado de manera constante para realizar cuantas modificaciones de contenido como técnicas han sido necesarias. Con todo ello se trata, de que la herramienta sea lo más eficiente y facilitadora para el desarrollo de la consulta de enfermería.

La Dirección de Atención Primaria realiza semestralmente una evaluación de los planes de cuidados realizados y envía la información a enfermería, para que cada uno evalúe su situación personal respecto a su centro y resto de centros de salud de Navarra.

En la actualidad, entre los objetivos de la Dirección de Atención Primaria se encuentra la instalación de una herramienta informática que permita la actualización permanente del "Módulo planes de cuidados", adaptándose a los cambios que se den en esta materia.

CONCLUSIONES

La incorporación del módulo planes de cuidados en la herramienta informática OMI-AP, ATENEA en la actualidad, ha pasado por diferentes etapas en cuanto a utilidad y adecuación a la práctica diaria. En la actualidad se puede decir que permite a enfermería tener unos indicadores propios de cuidados, la autoevaluación, promueve una cultura de seguridad participativa disminuyendo la variabilidad clínica y un aumento en los resultados de salud, mejorando la calidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

Adams R, Duchene P. (1985). La informatización del estado del paciente y planificación de la Atención de enfermería: nuevo enfoque para mejorar la atención a los pacientes y el coste de personal. *Journal of Nursing Administration*, 15(4), 11-17.

Currel R, Urquhart C. Sistemas de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria (revisión cochrane traducida) en la biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update software Ltd. disponible en: <http://www.update-software.com>. (traducida de the Cochrane library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Gené Badia J, Jiménez Villa J, Martín Sánchez A. Historia clínica y sistemas de información. en: Martín Zurro A, Cano Pérez IF. Atención Primaria. conceptos, organización y práctica clínica. 6 Ed. Madrid Elsevier;

Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.

Martín Zurro A, Cano Pérez IF. Atención primaria. conceptos, organización y práctica clínica. 6 ed. Madrid Elsevier; 2008.

Mazón Ramos P, Carnicero Giménez de Azcarate J. La informatización de la documentación clínica: oportunidad de mejora de la práctica clínica y riesgos para la seguridad y confidencialidad. en: Carnicero Giménez de Azcarate J, Hualde Tapia S. informes seis. La seguridad y confidencialidad de la información clínica. Seis, 2000. Disponible en: <http://www.seis.es>

Müller-staub M, Lavin MA, Needham I, Van Achterberg T. Revisión sistemática de los resultados e impacto de la utilización de los diagnósticos de enfermería e intervenciones en la práctica de enfermería. 2006. Journal of Advanced Nursing Vol.56 (5), 514-531.

Pérez FJ; Ochandorena M; Santamaría JM; García M; Solano V, Beamud M et al. Aplicación de la metodología enfermera en Atención Primaria. Calidad asistencial. 2006; 21(5): 247-254.

Cuestionario de evaluación - Utilizado para evaluar las actividades formativas de Metodología enfermera

EVALUACIÓN DE LA SISTEMÁTICA DE APOYO RECIBIDA EN LOS EAP PARA MEJORAR LA APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA PROPIA DE ENFERMERÍA

1. ¿Qué te ha parecido la organización del curso?

	Información previa	Horario	Lugar	Actividades
Muy buena				
Buena:				
Regular				
Mala				
Media				

2. ¿Qué opinas, en general, de la formación que has recibido?

Interesante	
Poco interesante	
Media	

3. Indica el grado de aplicabilidad de la metodología de enfermería en tu trabajo:

	Valoración	Diagnostico	PAE	Ejecución	Evaluación	Registro
Mucho						
Bastante						
Regular						
Poco						
Nada						
Media						

4. ¿Qué cambios se han producido en tu trabajo ?

5. ¿Qué cambios te quedan pendientes?

6. ¿Qué necesitas para que estos cambios se produzcan?

7. ¿Cómo ha participado el grupo? (preguntas o comentarios, participación en tareas de grupo, discusión, etc.)

Mucho	
Bastante	
Regular	
Poco	
Media	

8. ¿Qué opinas de la preparación de las sesiones por la ponente?

Muy satisfactoria	
Satisfactoria	
Regular	
Media	

9. ¿Cómo te ha parecido el nivel pedagógico de la docente?

Muy satisfactorio	
Satisfactorio	
Regular	
N/C	

10. ¿Cuáles han sido para ti los aciertos más importantes?

11. ¿Cuáles han sido para ti las deficiencias más notables?

12. Valora globalmente el curso :

Positivo	
Regular	
N/C	
Media	

13. Sugerencias. Escribe lo que consideres oportuno:

SÍNDROME DE INDEFENSIÓN APRENDIDA EN EL CONTEXTO DE MALOS TRATOS. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

AUTOR/ES

M^a Luisa Molina-Ibáñez, Javier Pelegrina-Molina.

PALABRAS CLAVE

Indefensión aprendida, malos tratos, mujer, taxonomía.

INTRODUCCIÓN

Entendemos por Indefensión aprendida “el estado psicológico que se produce frecuentemente cuando los acontecimientos son incontrolables” (Seligman, 1975: 27-43). Por consiguiente, se reduce la respuesta a posteriores situaciones traumáticas, deteriorando el estado de salud físico y emocional, y, como consecuencia, la entrada en un estado de depresión y ansiedad (González, De Greiff y Avendano, 2011: 12-14). Por su parte, Vega (2012: 9-15) vincula género e indefensión, sosteniendo que se trata de “un estado de adaptación desesperanzada que hace a la mujer vulnerable a asumir situaciones de riesgo para su vida, entre ellas la violencia de género”. Así, diversos estudios (Díaz, Martínez et al., 2004: 124-127; Deza, 2012: 9-11) tratan de explicar la permanencia de la mujer en una relación de maltrato, en la que confluyen la pasividad, disminución de la capacidad para resolver problemas, sentimiento creciente de indefensión, frustración, incompetencia, depresión; en definitiva, falta de empoderamiento. Ello genera un desgaste psicológico tal, que puede desencadenar tendencias suicidas en la mujer que sufre violencia doméstica (Amor, Bohórquez y Echeburúa, 2006: 5-14). En este contexto, planteamos como objetivo de nuestro trabajo abordar el Síndrome de Indefensión Aprendida en la mujer mayor, víctima de malos tratos, que acude a la Consulta de Enfermería de Atención Primaria, propiciando su empoderamiento como mujer. Para ello, utilizaremos un Caso clínico ofrecido por una usuaria que acude al Centro de Salud, a partir del cual realizaremos una valoración integral e individualizada, utilizando la Taxonomía de NANDA, NIC y NOC.

CASO CLÍNICO

Mujer mayor, 70 años de edad, casada desde hace 50 años y madre de dos hijos varones. No sabe leer ni escribir. Reside con su esposo en un cortijo, alejado del núcleo urbano. Refiere historia de malos tratos desde que contrajo matrimonio, situación que ha naturalizado. En alguna ocasión ha tenido ideas suicidas, abortadas por sus creencias religiosas. Acude a Consulta de Enfermería ya sea Programada o a Demanda, siempre acompañada por su esposo; va tras él, adoptando una actitud sumisa y cabizbaja. Mientras espera su turno, apenas se comunica con el resto de pacientes. En la relación Enfermera-paciente se muestra cercana, aunque al ser preguntada por su estado de salud, hábitos higiénico-sanitarios, etc., responde

con voz entrecortada. Un día es citada para realizarle una técnica diagnóstica por parte de Enfermería y es entonces cuando la enfermera aprovecha el momento de intimidad y ausencia de su esposo para indagar sobre las relaciones de pareja; todo ello con suma delicadeza y respeto. Ana, rompe a llorar y comienza a relatar su historia de malos tratos a lo largo de su matrimonio y cómo ha aprendido a vivir con ellos. Así, refiere que todo comenzó al poco de contraer matrimonio, sufriendo vejaciones y humillaciones de todo tipo. Respecto a los embarazos, también fueron momentos duros: “cuando me quedé embarazada de mi primer hijo, me daba patadas en la barriga. Yo le decía “lo vas a matar (...)”; él me respondía: “aquí mando yo y tú te callas”. Entonces yo me encogía y dejaba que me pegara en otros sitios del cuerpo (...); yo tenía mucho miedo, mucho, lloraba, pero seguía”. “Gracias a Dios —continúa— al niño no le pasó nada, nació bien”; “Yo no tenía a nadie que me pudiera ayudar, ni familia ni nada. Bueno, mi madre en aquel entonces me decía: “hija tienes que aguantar, los hombres son así y estás casada”. “Ahora, como somos mayores, me respeta más porque cuando se pone enfermo yo lo cuido”.

PLAN DE CUIDADOS

Tras realizar la entrevista, hemos realizado una valoración inicial y, a partir de ahí, proponemos un modelo de cuidados basado en las necesidades básicas expuestas por Virginia Henderson y dirigido a reducir o eliminar los problemas detectados. Para ello, proponemos los siguientes Diagnósticos de Enfermería:

1-Desesperanza (NANDA 00124)

Resultados esperados

1.1-Calidad de vida (NOC 2000)

Indicadores	NOC 2000	Extremadamente comprometida	Muy comprometida	Moderadamente comprometida	Levemente comprometida	No comprometida
20001	Satisfacción con el estado de salud	1	2*	3	4	5
20009	Satisfacción con la capacidad de superación	1	2*	3	4	5

Intervenciones

-Apoyo emocional (NIC 5270): Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza; favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional; proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

1.2-Esperanza (NOC 1201)

Indicadores	NOC 1201	Ninguna	Escasa	Moderada	Sustancial	Extensa

120101	Expresión de una orientación futura positiva	1	2*	3	4	5
120110	Expresión de sensación de autocontrol	1	2	3*	4	5

Intervenciones:

-Dar esperanza (5310): Ayudar al paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza; evitar disfrazar la verdad; emplear una guía de revisión y/o reminiscencias de la vida, si procede.

2-Deterioro de la Resiliencia personal (NANDA 00210)

Resultados esperados

2.1-Autoestima (NOC 1205)

Indicadores	NOC 1205	Nunca positivo	Raramente positivo	En ocasiones positivo	Con frecuencia positivo	Constantemente positivo
120511	Nivel de confianza	1	2*	3	4	5
120515	Voluntad para enfrentarse a los demás	1*	2	3	4	5

Intervenciones

-Potenciación de la autoestima (NIC 5400): Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios; animarle a identificar sus virtudes; ayudarle a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo; facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.

3-Negación Ineficaz (00072)

Resultados esperados

3.1-Creencias sobre la salud: Percepción de amenaza (NOC 1704)

Indicadores	NOC 00072	Muy Débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy intenso
170401	Percepción de amenaza para la salud	1	2	3*	4	5
170403	Vulnerabilidad percibida para el problema de salud	1	2	3	4*	5

Intervenciones

-Asesoramiento (NIC 5240): Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto; ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes, y reforzarlos; favorecer la expresión de sentimientos; desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un estrés severo.

4-Síndrome Postraumático (NANDA 00141)

Resultados esperados

4.1-Cese del abuso (NOC 2500)

Indicadores	NOC 2500	Sin evidencia	Evidencia limitada	Evidencia moderada	Evidencia sustancial	Evidencia extensa
250002	Abuso físico ha cesado	1	2*	3	4	5
250003	Abuso emocional ha cesado	1	2*	3	4	5
250004	Abuso sexual ha cesado	1*	2	3	4	5

Intervenciones

-Apoyo a la protección contra abusos (NIC 6400): Identificar al adulto (s) con un historial de infancia infeliz asociada con abusos, rechazo, exceso de crítica, o sentimientos de inutilidad y falta de amor cuando fue niño; determinar el nivel de aislamiento social en la situación familiar.

-Grupo de apoyo (NIC 5430): Determinar el nivel y conveniencia del sistema actual de apoyo al paciente; fomentar la expresión de ayudas mutuas; enfatizar la importancia de la capacidad activa de enfrentarse a los problemas.

5-Disposición para mejorar el bienestar espiritual (NANDA 00068)

Resultados esperados

5.1-Salud espiritual (NOC 2001):

Indicadores	NOC 2001	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
200102	Expresión de esperanza	1	2	3	4	5*
200111	Participación en ritos y ceremonias espirituales	1	2	3	4	5*

Intervenciones

-Apoyo espiritual (NIC 5420): Estar abierto a las expresiones de soledad e impotencia del paciente; animar a la persona a revisar la vida pasada y a centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espiritual; facilitar el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del paciente.

6-Riesgo de suicidio (NANDA 00150)

Resultados esperados

6.1-Control del riesgo (NOC 1902)

Indicadores	NOC 1902	Nunca	Raramente	En ocasiones	Con frecuencia	Manifestado constantemente
190201	Reconoce el riesgo	1	2	3*	4	5
190208	Modifica el estilo de vida para reducir	1	2	3	4*	5

Intervenciones

-Prevención del suicidio (NIC 6340): Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio; remitir al paciente a un especialista de cuidados de salud (psiquiatra o enfermera experimentada en la salud mental/psiquiátrica) para la evaluación y el tratamiento de las ideas y conductas de suicidio, según sea necesario; ayudar al paciente a identificar a las personas y los recursos de apoyo (clero, familia, proveedores de cuidados).

EVALUACIÓN

Tras la ejecución del Plan de Cuidados, integral e individualizado, dirigido a una mujer mayor que ha aprendido a sobrevivir en una situación de maltrato a lo largo de buena parte de su vida y que, por diversos motivos, no ha podido y/o querido denunciar a su pareja, hemos conseguido reforzar la autoestima de la usuaria y suscitar su interés en cuanto a recursos disponibles en materia de violencia de género. Asimismo, consideramos que al tratarse de un tema complejo como es el de los malos tratos, es necesario realizar una reevaluación continua, propiciando el empoderamiento como mujer y supervisando su seguridad.

BIBLIOGRAFÍA

Amor, P., Bohórquez, I. A. y Echeburúa, E. (2006). "¿Por qué y a qué coste físico y psicológico permanece la mujer junto a su pareja maltratadora?", *Acción Psicológica*, junio 2006, vol. 4, nº 2, pp. 129-154.

Deza, S. (2012). "Por qué las mujeres permanecen en relaciones de violencia". *Av. Psicol.* 20 (1) 2012 (enero-julio), pp. 45-55. Perú: Universidad femenina del sagrado corazón (UNIFÉ).

Díaz-Aguado, M^a J., Martínez, R., Martín, G., Álvarez, M. A., Paramio, E., Rincón, C. y Sardinero, F. (2004). "Indefensión aprendida, escasa calidad de vida y dificultades en la educación familiar", en: *Prevención de la violencia y lucha contra la exclusión desde la adolescencia*. Vol. 3. Madrid: Instituto de la Juventud (INJUVE), pp. 123-167. Disponible en: http://www.injuve.es/sites/default/files/081-122-Violencia3_7.pdf

González, C. E., Ángel, E. y Avedano, B. L. (2011). "Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza". *Psychol. av. discip.* [online]. vol.5, n.1, pp. 59-72. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862011000100006&lng=es&nrm=iso

Vegas, M. Y. (2012). "Indefensión de género, aprendiendo a ser agredidas", en: Memorias IX Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género (Sevilla, 31 de enero a 3 de febrero de 2012). Disponible en: <http://www.oei.es/congresoctg/memoria/pdf/Vegas.pdf>

Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. (2009-2011). Barcelona: Elsevier.

Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. (2012-2014 ed.). Barcelona: Elsevier.

Echeburúa, E. y DelCorral, P. (1998). Manual de violencia familiar. Madrid: Siglo XXI.

LEY ORGÁNICA 1/2004 de 28 de diciembre, de "Medidas de Protección Integral contra la violencia de género".

Seligman, M. (1975). Indefensión. Madrid: Debate, 1981.

UTILIDAD DEL LENGUAJE ENFERMERO EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN CASO PRÁCTICO

AUTOR/ES

María Consolación Pena-Meilán, Pilar González-González, Consuelo Pardo-Roibás, Purificación Morado-Quiñoá, Juan Carlos Álvarez-Vázquez

PALABRAS CLAVE

UTILIDAD, LENGUAJE ENFERMERO, ATENCIÓN PRIMARIA

INTRODUCCIÓN

Los enfermos crónicos se manejan de manera eficaz en la consulta con los diagnósticos de promoción de la salud. Uno de estos diagnósticos más frecuentes es el de Disposición para mejorar la gestión de la propia salud ya que nuestros pacientes no se consideran enfermos y están predispuestos a mejorar su salud. El diagnóstico de deterioro de la integridad cutánea aparece en un elevado número de pacientes con insuficiencia venosa crónica.

VALORACIÓN

Paciente de 76 años que presenta una úlcera vascular en MID, Varices importantes en MMII. Sensación de dolor, prurito y tensión en la pierna afectada. Insuficiencia venosa crónica. Asmática desde hace 20 años, controla su tratamiento y describe los factores de riesgo de dicha enfermedad. No fuma. Índice de Barthel 100. Peso: 65 kg y Talla: 156 cm. Hábitos alimenticios adecuados. Sedentaria. Vive con dos hijos.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Disposición para mejorar la gestión de la propia salud

Deterioro de la integridad cutánea

RESULTADOS

1101.-Integridad tisular: piel y membranas mucosas

1609.-Conducta terapéutica: enfermedad o lesión

INTERVENCIONES

3660.-Cuidados de la herida

4066.-Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa

5602.- Enseñanza: proceso de enfermedad

EVALUACIÓN

La puntuación diana del Resultado 1101 fue de 3 al inicio, queremos aumentar a 5 en 3 meses. Resultado alcanzado y mantenido.

La puntuación diana del Resultado 1609 fue de 2 al inicio, pactamos aumentar a 5 en 5 meses y mantenerlo. Resultado alcanzado y mantenido.

Se resuelve el diagnóstico deterioro de la integridad cutánea y cerramos las intervenciones cuidado de las heridas.

BIBLIOGRAFÍA

Aranda Arias P, de la Torre Martin H, Barquinero Canales C. Enfermedad vascular periférica. ¿Cómo diagnosticarla en atención primaria?. Diciembre 2011. Disponible en www.jano.es (Consultada el 26/01/2014).

Rodrigo Pendás JA, Villa Estébanez R. Guía de manejo de la insuficiencia venosa. Disponible en www.fisterra.com/guias2/venas.htm (Consultada el 26/01/2014)

NANDA. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Ed. Elsevier.

Johnson Marion, Maas Meridean, Moorhead Sue. Iowa Outcomes Project.Nursing Outcomes Classification (NOC).Tercera Edición. Ed. Elsevierer Mosby.

McCloskey J, C., Bulechek G.M.: Proyecto de Investigación Iowa. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Cuarta Edición. Ed. Elsevierer Mosby.

Manual Braden

ANÁLISIS CLÍNICOS EDITADOS CON METODOLOGÍA ENFERMERA: APRENDER DE LA EVIDENCIA

AUTOR/ES

Ana R. Alconero-Camarero; Jorge Arozamena-Pérez; Isabel Ibañez-Rementeria; María Alexandra Gualdron-Romero.

PALABRAS CLAVE

Revista de Enfermería en cardiología; Documentación casos clínicos; Metodología enfermera

INTRODUCCIÓN

Los planes de cuidados realizados mediante metodología enfermera resultan imprescindibles para optimizar la calidad de la atención enfermera, gestionar los recursos, e investigar sobre la mejora de los cuidados. Contrariamente al innegable beneficio del nivel científico, se están registrando riesgos derivados de su inadecuada utilización.

OBJETIVOS

- Seleccionar los artículos en formato de casos clínicos publicados en una revista especializada.
- Analizar la metodología empleada.
- Evaluar los errores en la toma de decisiones de los diagnósticos enfermeros.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo. Se ha contabilizado el total de los artículos publicados desde el año 2007 al 2012, y se han seleccionado únicamente aquellos que presentaban casos clínicos individualizados utilizando metodología enfermera. Análisis descriptivo.

RESULTADOS

De los 171 artículos de diversos contenidos cardiológicos se han seleccionado 22 casos clínicos(C). En estos, se detectan datos insuficientes o ausencia de valoración (8 c), síntomas derivados de la enfermedad (14 c), tratamiento cardiológico como diagnósticos (1 c), problemas interdependientes etiquetados como diagnósticos enfermeros (15 c), y ausencia de identificación de los problemas de colaboración (8 c).

CONCLUSIONES

El desconocimiento, los errores y las imprecisiones de la metodología enfermera, y más concretamente en los diagnósticos de enfermería, pueden trascender en el proceso de cuidar,

causando un impacto contrario al esperado, tanto en la persona a la que va dirigida el cuidado, como al profesional de Enfermería y por ende al progreso de la disciplina.

BIBLIOGRAFÍA

Revista Enfermería de cardiología. Revista: Índice [página en internet] disponible en: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/index.htm>

Heather Herman T. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2014. NANDA International. Madrid: Elsevier; 2013.

SELECCIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA NOC PARA LA EVALUACIÓN DE PACIENTES BAJO CUIDADOS PALIATIVOS

AUTOR/ES

Bruna Schroeder-Mello, Amália de Fátima-Lucena

PALABRAS CLAVE

Dolor oncológico, Resultados de enfermería, Consenso

INTRODUCCIÓN

El dolor oncológico es causante de sufrimiento en pacientes bajo cuidados paliativos, motivando a la enfermería para mejorar la evaluación de estos casos. La Clasificación de Resultados de Enfermería (*Nursing Outcomes Classification* - NOC) describe los resultados obtenidos por los pacientes como consecuencia de las intervenciones de enfermería. Por lo tanto, se propone éste estudio para verificar la aplicabilidad del NOC en pacientes con Diagnósticos de Enfermería (DE) de Dolor Agudo y Dolor Crónico, bajo cuidados paliativos.

OBJETIVOS

Determinar en el consenso de los expertos los resultados e indicadores NOC para los DE Dolor Agudo y Dolor Crónico en pacientes oncológicos bajo cuidados paliativos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de consenso de 15 enfermeros especializados en el cuidado del paciente oncológico. El instrumento de recolección de datos está constituido por: 9 Resultados de Enfermería (RE) sugeridos y 23 resultados adicionales, asociados por la NOC a los DE en cuestión, con sus títulos, definiciones e indicadores respectivos. El experto señaló los resultados y los indicadores que consideraron prioritarios para la evaluación de los pacientes bajo cuidados paliativos con DE siendo estudiados. El análisis de los datos consideró que el porcentaje mínimo fuese del 80% de consenso. El estudio aprobado por el Comité de Ética e Investigación.

RESULTADOS

Fueron seleccionados 4 resultados y 14 indicadores sugeridos y, 4 resultados y 7 indicadores adicionales asociados a los DE. Los resultados con mayor score en el consenso fueron: Nivel del Dolor, Control del Dolor y Satisfacción del Cliente: control del dolor.

CONCLUSIONES

El consenso realizado por expertos es un método útil para la selección de resultados y nos permitió identificar los RE más relevantes para la población estudiada.

BIBLIOGRAFÍA

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2013). Nursing outcomes classification (NOC) (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby-Elsevier

Lucena, A. F., Holsbach, I., Pruinelli, L., Cardoso, A. S. F., & Mello, B. S. (2013). Brazilian Validation of the Nursing Outcomes for Acute Pain. *International Journal of Nursing Knowledge*, 24 (1), 54-58.

* Investigación con el apoyo financiero de FIPE/HCPA.

PROJETO DE CRIAÇÃO DE UM SISTEMA ELECTRONICO PARA IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

AUTOR/ES

Ricardo Roberson Rivero.

INTRODUCCIÓN

No Brasil a saúde é um setor que vem protagonizando um significativo processo nas praticas do cuidado para garantir o cuidado integral ao usuário e a concretização da implementação do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2004)

A implantação do processo de enfermagem proporciona fundamentos para a habilidade de pensamento critico necessário para a realização de uma assistência de enfermagem de forma eficiente com uma visão integral do usuário, levando em conta todo o processo para garantir a segurança do paciente.

O processo de enfermagem consiste em cinco etapas inter-relacionadas, investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. É uma forma sistemática e dinâmica de prestar os cuidados de enfermagem (Alfaro, 2005).

Deste modo, a implantação do processo de enfermagem é fundamental, pois a implementação proporciona melhora na qualidade da assistência e implicações positivas para o paciente e a equipe de Enfermagem, (Tannure, 2013). O Conselho Federal de enfermagem no ano de 2009 por intermédio de Resolução 358/2009 normatizou que o processo de enfermagem passa a ser obrigatório em todo o lugar que exista serviço de enfermagem.

No processo de enfermagem a coleta de dados é uma fase imprescindível é o momento que o enfermeiro estabelece uma relação de confiança entre o paciente e o profissional, busca avaliar o paciente através de sinais e sintomas, identificar problemas, determinar diagnósticos, planejar e implementar a sua assistência. Com a criação de um sistema eletrônico ambos vão ter maior contribuição para esta etapa, pois ela evita informações fragmentadas como o atendimento é realizado por equipe multidisciplinar as informações costumam serem coletadas diversas vezes. Apesar de alguma redundância ser intencional e desejável, a repetição pode incomodar o paciente, que pode omitir informações em alguns casos, seja por esquecimento ou propositalmente, pois causa angústia falar sobre a sua história principalmente quando a sua história foi marcada por violência. Os Registros Eletrônicos, que contém todas as informações individuais, pode ser acessado por múltiplos provedores ao longo da vida do indivíduo evitando que a paciente tenha que contar a sua história varias vezes STEVENSON J.E. & NILSSON G. (2012).

O planejamento da assistência de enfermagem é uma imposição legal desde 1986, presente na Lei n. 7498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Esta Lei determina que é atividade privativa do enfermeiro a implementação, o planejamento, a organização, a execução e a avaliação do processo de enfermagem e local que possuir serviço de enfermagem é obrigatório ter um enfermeiro responsável técnico para supervisão dos serviços de enfermagem.

O Ilê Mulher/ Casa Lilás é uma Organização não governamental sem fins lucrativo, localizada no bairro Partenon na cidade de Porto Alegre, é conveniada com a Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC) para prestar serviço de utilidade pública na abrigagem de mulheres com filhos que estão em situação de violência ou vulnerabilidade social, na atual configuração possui trinta vagas sendo dez mulheres e vinte crianças podendo ser ajustada dependendo da demanda e composição familiar a ser abrigada. A casa trabalha com uma equipe Técnica multidisciplinar composta por: enfermeiro, advogado, nutricionista, psicóloga, assistente social e uma gerente e equipe administrativa composta por monitores, técnicos de enfermagem, guardas noturnos, cozinheiras e auxiliar de higienização. A equipe trabalha com o objetivo de desenvolver a autonomia e reorganização das famílias para reinserção no trabalho e na comunidade onde a mesma não mais estará em risco.

A enfermagem faz parte da equipe e atua na promoção e reabilitação das famílias, realizando encaminhamentos a rede de atenção à saúde e planejamento dos cuidados de assistência de enfermagem. Durante a minha atividade como enfermeiro responsável técnico observei que há uma necessidade de implantação do processo de enfermagem de maneira mais eficaz na comunicação entre equipe possibilitando principalmente o acesso on-line dos registros no prontuário. Para esta proposta se tornar possível utilizarei a prática de cuidado nesta disciplina do mestrado profissional para desenvolver um projeto de criação de um sistema eletrônico para realização do processo de enfermagem.

A cada vez mais dependemos de computadores e planos padronizados e para poder se beneficiar desta tecnologia de maneira segura, a equipe deve possuir domínio de todas as etapas do processo de enfermagem, considerando fundamental que quando o sujeito participa do processo de construção. Após a construção do protótipo deste sistema realizaremos grupo de estudo no Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul com enfermeiros que se demonstrarem interesse sobre aperfeiçoamento do conhecimento na implementação do processo de enfermagem e através de casos clínicos reais ou fictícios será realizado os diagnósticos e intervenções de enfermagem e passaremos construir junto à sistematização de enfermagem de cada caso e esta contribuição para alimentação do sistema possibilitando a implementação das intervenções específica de cada realidade.

OBJETIVOS E METAS A SEREM ALCANÇADOS

Realizar um protótipo de um sistema de Processo de enfermagem;

Criação de um grupo de estudo no Conselho Regional de Enfermagem para discutir a os casos clínicos para alimentação do sistema;

A partir dos casos clínicos elaborar com o grupo intervenções específica para cada realidade.

VALORACIÓN

Usuária feminina, 26 anos, solteira, analfabeta, procedente do bairro Santa Rosa, cidade de Porto Alegre. Admitida no abrigo no dia 25/05/2013, por determinação judicial, e por estar em situação de risco e para estimular maternagem.

A usuária é interditada em março de 2013, por possuir problemas mentais e colocando em risco a integridade física de seu filho mais velho Ezequiel 3 anos de idade e esta sob guarda provisória do seu pai.

Segundo relato do Centro Regional Especializada em Assistência Social (CREAS) A usuária sempre viveu com a mãe que na qual possui dificuldade de compreensão, seu irmão que também possui déficit cognitivo, e um senhor que se declara como marido da mãe da usuária, vivem em situação precária ficando difícil até de identificar as peças da casa devido a grande quantidade de lixo e roupas sujas espalhada por toda a casa.

A usuária ingressou no abrigo proveniente da internação hospitalar pós-parto normal de Emanuel, ao exame apresenta, juízo crítico prejudicado e dificuldade no manejo com a criança, nega alergia e uso de medicações continua, aceita bem VO, nega tabagismo, nega uso de droga, sorologias negativas, obesa, não adere o uso de métodos anticoncepcivo, não compreende o seu processo de abrigagem, mamilos pertusos e com leite presente, portando possui dificuldade de amamentar, sujidade corporal, chorosa e apresenta períodos de isolamento social.

Ao longo do período da permanência da usuária no abrigo foi realizada ligadura de trompas por ordem judicial na qual o enfermeiro RT do abrigo foi designado tutor temporário, ou seja, específico para o acompanhamento do procedimento cirúrgico.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Internação Social prejudicada relacionada a abrigagem compulsória evidenciada por períodos de *isolamento social*, *chorosa* e a não aceitação da necessidade de permanecer abrigada para sua proteção.

-Amamentação ineficaz relacionado a dificuldade de amamentação evidenciado pela dificuldade que a mãe experimenta com o processo de amamentação e juízo crítico prejudicado.

RESULTADOS

Melhora na amamentação

Realizado ligadura de tronpa como método anticonceptivo Reincерção da usuaria na comunidade

INTERVENCIONES

Orientar e avaliar a amamentação de 3/3h;

Oferecer suplementação com formula quando necessário;

Encorajar a mãe deixar o bebe no seio o tempo que desejar;

Discutir métodos de contracepção;

Estimular a interação social de forma gradativa;

Realizar um plano de ação individual com metas gradativas;

Proteção dos direitos da usuária;

EVALUACIÓN

Desenvolvimento de um sistema eletrônico melhorando a comunicação entre as equipes, possibilitando a criação de um grupo de enfermeiros para discutir a sistematização da assistência da enfermagem proporcionando melhor visão integral facilitando a tomada de decisão, contribuindo no crescimento individual e coletivo na aplicação de uma assistência de enfermagem de forma segura e baseada em evidencia

BIBLIOGRAFÍA

Alfaro, Rosalinda Lê Fevre. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo; trad. Regina Garcez - 5. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da Nanda: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2013.

SANTOS, Neuma; VEIGA, Patrícia; ANDRADE, Renata. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 64, n. 2, Apr. 2011.

STEVENSON J.E. & NILSSON G. Nurses' perceptions of an electronic patient record from a patient safety perspective: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 68(3), 667–676. 2012.

annure, Meire chucré. SAE: Sistematização da Assistência de enfermagem: Guia Prático, Pinheiro, 2. ed. – (reimpr) – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

TEORÍA Y PRÁCTICA: LENGUAJE ENFERMERO APLICADO A LA INFORMÁTICA

AUTOR/ES

Carmen del Olmo-Macià, Antonia Arias-Perianez, Sara Pablos-Reyes, Gemma Balmont-Pi, Ana Rios-Jiménez, Yolanda Ordorica-Vázquez

PALABRAS CLAVE

Taxonomía, planes de cuidados, estandarización, informatización

INTRODUCCIÓN

Durante 2011-2012, en una de las gerencias territoriales, del Instituto Catalán de la Salud; se elaboró entre los equipos de atención primaria y los hospitales de referencia, las rutas asistenciales relacionadas con los procesos crónicos más prevalentes. Se confeccionaron planes de cuidados estandarizados (PCE) para cada una de las patologías, utilizando lenguaje enfermero (NANDA, NIC, NOC). Implementándose en el sistema informático (ECAP) en el primer trimestre de 2013.

OBJETIVOS

Conocer el grado de utilización de los planes de cuidados.

Identificar las dificultades en la práctica asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una encuesta de opinión, que incluía preguntas relacionadas con los conocimientos, habilidades en el manejo del lenguaje enfermero y dificultades con los PCE así como con ECAP durante su implementación.

Se pasó de julio a septiembre de 2013 mediante enlace Google Drive dirigido al correo laboral personal, para garantizar la confidencialidad.

Población: 850 enfermeras de atención primaria.

RESULTADOS

Respondió el 34%, edad media 47,1 años y >50 años el 40%.

Formados en Taxonomías el 69,3%, utilizan PCE el 64,20%, manifiestan dificultades por falta de conocimientos el 22,6%, falta de habilidad y dominio en su uso el 14%, tienen problemas con ECAP el 9,7%.

El 31,1% opina que falta tiempo para su desarrollo en consulta. Consideran los PCE extensos, repetitivos y su inclusión en ECAP compleja. El lenguaje utilizado no refleja aquello que se quiere decir.

Registran su actividad en PCE el 53%. Valoran con 2,79 su utilidad (escala 1-5)

CONCLUSIONES

Más de la mitad de los profesionales es mayor de 50 años.

Dificultad en el manejo de Taxonomías y ECAP.

Revisar PCE elaborados y su adaptación a ECAP.

BIBLIOGRAFÍA

Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC) Quinta edición.

Clasificación de Resultados de enfermería (NOC), Cuarta edición.

Los diagnósticos enfermeros (revisión crítica y guía práctica) 8ª edición

Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos 3era edición

INTERVENCIONES NIC ASOCIADAS A DIAGNÓSTICOS NANDA-I PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

AUTOR/ES

Trini López- Sánchez, Marta Pérez-Doctor. M^a Luz Amoedo-Cabrera. Ángel Calvo-Calvo.

PALABRAS CLAVE

Seguridad Intervenciones NIC diagnósticos NANDA Eventos Adversos

INTRODUCCIÓN

Se han identificado las principales intervenciones NIC (INIC) asociadas a diagnósticos NANDA-I con factores relacionados asociados a errores humanos y fallos del sistema con grave impacto económico y sociosanitario para el paciente hospitalizado.

El 42,8% de eventos adversos (EAs) son evitables y el uso de correcto de diagnósticos NANDA y sus INIC asociadas puede contribuir a ello.

OBJETIVOS

Identificar las INIC más adecuadas que deben incluirse en los planes de cuidados para prevenir y controlar la ocurrencia de EAs en las unidades hospitalarias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de los diagnósticos NANDA y las INIC e identificación de aquellos relacionados directamente con la seguridad del paciente.

RESULTADOS

INIC identificadas asociadas NANDA-I:

Identificación de riesgos/Manejo ambiental-vigilancia: seguridad (Riesgo de lesión).

Control/Protección contra las infecciones (Riesgo de infección).

Vigilancia de la piel/Cambios de posición/Prevención/cuidados de las úlceras por presión (Deterioro de la integridad cutánea/tisular).

Prevención de caídas/Sujeción física (Riesgo de caídas).

Manejo de las presiones (Riesgo de disfunción neurovascular periférica)

Manejo/aspiración de las vías aéreas (Limpieza ineficaz de las vías aéreas)

Precauciones para evitar la aspiración (Riesgo de aspiración)

Manejo Del dolor/Manejo ambiental: confort (Dolor agudo)

Otras INIC: Cuidados al ingreso, Administración de medicación, etc.

CONCLUSIONES

Las INIC identificadas para prevenir y controlar la ocurrencia de EAs en las unidades hospitalarias pertenecen al campo 4 (Seguridad) y al campo 6 (sistema sanitario).

BIBLIOGRAFÍA

1. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier España, 2013.
2. Bulechek G., Butcher HK., Dochterman JM. (eds.). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier España, 2009.
3. Moorhead S. et al. (eds). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier España, 2009.
4. Aranz JM, C. Seguridad del paciente y calidad asistencial. Rev.Calid.Asist.2011; 26(6)331-2
5. Konh LT, Corrigan J, Donaldson MS, To err is Human.IOM. Washington, DC: National Academy Press; 2000

LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS FORMULADOS POR NUESTRO ALUMNADO: PREVALENCIA Y ERRORES MÁS FRECUENTES

AUTOR/ES

Manuel-Ángel Calvo-Calvo, María José González-Moreno, Juan Manuel Fernández-Sarmiento

PALABRAS CLAVE

Prevalencia; Diagnóstico enfermero; Alumnado; Errores.

INTRODUCCIÓN

Desde la implantación del grado y en concreto de la asignatura Historia, Teoría y Método de la Enfermería II, nuestros alumnos realizan el aprendizaje teórico del proceso de cuidados y de las taxonomías que posteriormente en las asignaturas de Practicum llevan a su práctica clínica posterior.

Los alumnos, al realizar el proceso, desde el Modelo de Virginia Henderson, utilizan para la formulación de los DxE la propuesta de las profesoras Luís Rodrigo, Fernández Ferrin y Navarro Gómez, donde distinguen dos tipos de diagnósticos (de autonomía y de independencia), utilizando la taxonomía NANDA-I solo para los de independencia. Nos proponemos evaluar la integración del conocimiento teórico en las habilidades de la utilización de la taxonomía NANDA-I.

OBJETIVOS

Analizar a través de los procesos realizados por los alumnos, los diagnósticos más utilizados y los errores más frecuentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo. Se han revisado cien Procesos de Cuidados realizados por los alumnos en la asignatura Practicum. Las variables cualitativas se midieron con frecuencias y las cuantitativas con la media y la DE.

RESULTADOS

Los alumnos identificaron más de un diagnóstico por caso, los más prevalentes fueron: gestión ineficaz de la propia salud (70%), temor (50%), riesgo de caídas (50%) e incumplimiento del tratamiento (40%).

CONCLUSIONES

Los diagnósticos más usados por el alumnado fueron: temor, riesgo de caídas, gestión ineficaz de la propia salud e incumplimiento del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Romero-Sánchez JM. et al. Desarrollo y evaluación psicométrica de una forma abreviada de la escala de posicionamiento ante el diagnóstico enfermero. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(3): 591-599.
2. Yönt GH. et al. Examination of nursing diagnoses used by nursing students and their opinions about nursing diagnoses. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications. 2009; 20(4): 162-168.
3. Román M. et al. Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC Y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. Enfermería Clínica. 2005; 15(3): 163-166.

UNA RECUPERACIÓN POSTQUIRÚRGICA COMPLICADA Y DEMORADA

AUTOR/ES

Luz Eugenia Ibáñez-Alfonso y Nancy Yadira Palacio–Jordán

PALABRAS CLAVE

Retraso en recuperación quirúrgica, colecistocolocolitis.

INTRODUCCIÓN

El estado de salud del señor JDO de 45 años procedente de Arauca se ha deteriorado en los últimos 4 meses, pues su enfermedad inicio en noviembre 2013 con un intenso dolor en el abdomen a causa de una colecistitis ya perforada, por la cual ninguna institución de segundo nivel quiso intervenir y fue remitido al Hospital Universitario Santander (Bucaramanga), donde se le realizó la colecistectomía abierta con exploración de vía biliar, drenaje de hemoperitoneo, colocación de tubo en T por colecistocolocolitis, después de 60 días de hospitalización y cuidados postquirúrgicos se dio de alta. A los 8 días de regresar a sus labores cotidianas, presentó fistula en la herida con salida de secreciones, lo remiten nuevamente al HUS, le realizan drenaje percutáneo de absceso hepático, diagnostican ictericia obstructiva hepatobiliar, le instalan nuevamente tubo en T y drenaje de absceso percutáneo, actualmente (Febrero 20-2014), se encuentra a la espera de terminar el manejo con metronidazol y ceftriaxona, y la toma de una radiografía abdominal para poder darle de alta.

VALORACIÓN

Dominio de actividad y reposo: múltiples complicaciones que han puesto en peligro su vida.

Dominio de percepción y cognición: muestra deseos de saber más sobre su recuperación y cuidados al egreso.

Dominio de afrontamiento y tolerancia al estrés: deseos de retomar su vida cotidiana.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

- Retraso en la recuperación quirúrgica r/c infección postoperatoria de la zona quirúrgica.
- Disposición para mejorar la capacidad de recuperación personal f/r factores de vulnerabilidad que influye índices que exacerban los efectos negativos de la condición de riesgo.

RESULTADOS

Curación de herida

Afrontamiento de problemas

INTERVENCIONES

Cuidado de las heridas

Cuidado del drenaje

Baño

Escucha activa

Aumentar el afrontamiento

Apoyo emocional

Enseñanza individual

EVALUACIÓN

Durante el turno el usuario mejoro su afrontamiento a los problemas al referir disminución de los sentimientos negativos y aumento del bienestar psicológico por las intervenciones.

BIBLIOGRAFÍA

BULECHEK, Gloria, et al. Clasificación de intervenciones de enfermería NIC. Elsevier, España Barcelona, 2009

MOORHEAD, S, et al. Clasificación de resultados de enfermería NOC. Elsevier, España Barcelona, 2009.

PROCESO ENFERMERO: POSTOPERATORIO INMEDIATO TRAS SUSTITUCIÓN VÁLVULA MITRAL

AUTOR/ES

Pilar Sánchez-Rubio, Rosa M^a Blanco-Zapata, Isabel de los Rios-Felipe, Luis Mariano Sandonis-Ruiz, Amaya Hidalgo-Murillo

PALABRAS CLAVE

Taxonomía, Postoperatorio cirugía cardíaca, Caso clínico,

INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de una paciente postoperada de cirugía cardíaca a la que se le ha sustituido una prótesis mitral. Ingresa en la Unidad Coronaria del Hospital Universitario Cruces para control postoperatorio, estancia 4 días. Se utiliza el modelo conceptual de Virginia Henderson; la formulación de Diagnósticos de Enfermería, identificación de resultados e intervenciones se realiza mediante Taxonomía NANDA, NOC, NIC.

VALORACIÓN

Mujer de 64 años, valvuloplastia mitral y aortica en 2007. Procedente de quirófano sedada, conectada a ventilación mecánica, portadora de sonda nasogástrica, uretral, catéter venoso central y periférico, catéter arterial, drenaje torácico, dependiente de marcapasos. Se realiza la valoración por dominios de la NANDA I

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Tras la valoración por dominios se llega a los diagnósticos, 00033 Deterioro ventilación espontánea, 00206 Riesgo de sangrado, 00108 Déficit de autocuidado, 00155 Riesgo de caídas, 00004 Riesgo de infección, 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

RESULTADOS

411 Respuesta ventilación mecánica del adulto (saturación de oxígeno), 0413 severidad de la pérdida de sangre (hemorragia postoperatoria) 0300 Autocuidados (AVD), (higiene), 0900 Cognición (comprende significado), 1101 integridad tisular piel y membranas mucosas (eritema, induración).

INTERVENCIONES

Se realizan 24 intervenciones que se presentaran agrupadas por búsqueda de resultados y complejidad.

EVALUACIÓN

No podemos establecer una correlación entre los NIC y la mejora de los indicadores por déficits en la medición. Por ello se establecen medidas correctoras, unificación de la valoración de los indicadores, revisión de casos clínicos y formación.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- <http://prescripcionenfermera.com/apuntes/nanda-noc-nic> (Visitada en enero 2014)
- 2- Herdman, T.H.(2012)(Ed.).NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación, 2012-2014.Barcelona Elsevier
- 3- [Moorhead, Sue](#); [Johnson, Marion](#); [Maas, Meridean L.](#); [Swanson, Elizabeth](#); Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC); Elsevier 4ª ed.2009
- 4- [Bulechek, G.M.](#); [Butcher, H.K.](#); [McCloskey Dochterman, J.](#); Clasificación De Intervenciones De Enfermería (NIC); Elsevier 5ª ed. 2009

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS E INTERVENCIONES ORIENTADAS A PRESERVAR LA SEGURIDAD DE PACIENTES LESIONADOS MEDULARES.

AUTOR/ES

María José Estepa-Osuna, Ana Eva Granados Matute, Carmen Peinado Barraso, Luis López Rodríguez; Antonia Vázquez-González

PALABRAS CLAVE

Lesión medular, consecuencias de la inmovilidad, seguridad, cuidados

INTRODUCCIÓN

La lesión medular en un paciente, conlleva una serie de consecuencias derivadas de la pérdida o reducción de la movilidad y de la sensibilidad. Esta situación hace que el paciente se muestre más vulnerable a la aparición de eventos adversos derivados de su hospitalización. En éste sentido la seguridad es un factor determinante que ha de tener en cuenta la enfermera en el establecimiento de un plan de cuidados real y efectivo.

OBJETIVOS

Identificar los diagnósticos enfermeros NANDA y las intervenciones NIC implementadas en pacientes lesionados medulares orientadas a preservar su seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un análisis de la planificación de cuidados que de forma individualizada se realiza a pacientes con lesión medular hospitalizados en HV Rocío en el año 2013, identificando los Diagnósticos e intervenciones que han sido activados de forma más prevalente y que se consideran adecuados para preservar la seguridad del paciente.

Los datos se extraen del MTI (Módulo de Tratamiento de la Información) que contiene la aplicación informática de cuidados.

RESULTADOS

Se revisan un total de 62 historias prevaleciendo:

Riesgo de síndrome de desuso 96,8%

Intervenciones NIC

Prevención de las UPP 96,8%

Precauciones en el embolismo 96,8%

Manejo de las vías aéreas 68,2%

Manejo del estreñimiento/impactación 96,8%

Precauciones para evitar la aspiración 82,5%

Prevención de caídas 95,6%

CONCLUSIONES

El riesgo de síndrome de desuso está compuesto por un grupo de diagnósticos de riesgo cuya presencia es previsible como consecuencia de un acontecimiento o situación determinada. Este tipo de diagnósticos alerta de la presencia de una situación compleja, que requiere la realización de valoraciones e intervenciones de enfermería expertas para preservar la seguridad del paciente más vulnerable. Con la utilización de una sola etiqueta diagnóstica es posible el abordaje de un conjunto de intervenciones preventivas.

BIBLIOGRAFÍA

Ackley, B J; Ladwing G B. (2007). Manual de Diagnósticos enfermeros. Guía para la planificación de cuidados. 7ª Edición. Madrid. Elsevier.

NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier España; 2010.

McCloskey Dochterman, J. Bulechek, G, editors. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª Ed. Madrid: Elsevier España; 2009.

Moorhead, S. Jonson, M. Maas, M, editors. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª Ed. Madrid: Elsevier España; 2009.

Luis Rodrigo, M.T. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 7ª Ed. Barcelona: Masson; 2006.

NOC DE ENTRADA AL DIAGNÓSTICO. NUEVA HERRAMIENTA EN TICARES[®] PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS

AUTOR/ES

Almudena Arroyo-Rodríguez, Francisco José Alemany-Lasheras, Inmaculada Lancharro-Tavero, Rocío Romero-Serrano, María Socorro Morillo-Martín, Isabel María Calvo-Cabrera.

PALABRAS CLAVE

NOC de entrada, taxonomía enfermera, NANDA, NOC, NIC

INTRODUCCIÓN

Autores como Morilla y Morales, describen la utilización de los indicadores NOC en la valoración de enfermería para registrar los signos y síntomas del paciente y medir su evolución en resultados.

En los hospitales de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios de la Provincia Bética se apuesta por el uso de las nuevas tecnologías de la información en el manejo de la taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC (NNN). Por lo que aprovechando la creación de la nueva Historia electrónica del paciente, denominada TiCares[®], se implementa esta nueva herramienta para valorar al paciente y crear su plan de cuidados con taxonomías NNN, a partir de "NOC de entrada al diagnóstico".

OBJETIVOS

Describir la nueva herramienta informatizada para la elaboración del plan de cuidados del paciente en los Hospitales de San Juan de Dios de la Provincia Bética.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio basado en la descripción de la nueva herramienta informatizada para la elaboración del plan de cuidados del paciente.

RESULTADOS

A través de la valoración de enfermería según las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, se recogen los signos y síntomas del paciente (datos objetivos y subjetivos); el sistema informático mediante condiciones compuestas los equipara con los indicadores NOC y construye el plan de cuidados hacia el Diagnóstico enfermero y hacia las Intervenciones NIC junto con sus actividades.

En la etapa de evaluación del proceso enfermero cuando el indicador alcanza el valor esperado, desaparece automáticamente del plan de cuidados con su diagnóstico enfermero asociado y sus intervenciones.

CONCLUSIONES

Esta nueva herramienta se implementa con el propósito de facilitar la planificación de los cuidados de los pacientes, pero no sustituye en ningún caso el pensamiento crítico y el razonamiento clínico de la enfermera, gracias a la posibilidad de individualizar el plan de cuidados de los pacientes utilizando el lenguaje enfermero estandarizado.

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek, G.M., Butcher, H.K. y McCloskey Dochterman. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.
- Morilla Herrera, Juan Carlos; Morales Asencio, José Miguel. Algoritmos de juicio diagnóstico en respuestas humanas. Biblioteca Lascasas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0039.php>
- Jonsonm M. et al. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Ediciones Harcourt-Mosby. Madrid 2002.
- NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación (2012-20014). Barcelona: Elsevier; 2013.
- Moorhead, S. et al. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.

VIOLENCIA DE GÉNERO: ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DEL AISLAMIENTO SOCIAL DE LA MUJER

AUTOR/ES

Carmen Arroyo-Mansera. Rocío González-Gómez

PALABRAS CLAVE

Apoyo social, violencia de género, metodología enfermera

INTRODUCCIÓN

El apoyo social (AS) es factor de protección ante situaciones estresantes vitales y de enfermedad. La violencia de género (VG) repercute en la socialización de la mujer que la sufre y las personas de su entorno, dificultando la recepción y emisión de AS.

En VG son necesarias estrategias de intervención encaminadas al reestablecimiento de las redes sociales de la mujer afectada. El entorno comunitario permite la detección de personas que podrían ser soporte social de la mujer. Todo AS necesita de "competencia relacional" en el emisor y el receptor, pudiendo ser adquirida o mejorada mediante el aprendizaje.

OBJETIVOS

Diseñar una actuación sobre las personas del entorno de la mujer que sufre VG, encaminada a la prevención del aislamiento social.

MATERIAL Y MÉTODOS

Detección del posible emisor de AS de una mujer que sufre VG, desde la consulta individual. Valoración de sus capacidades y condicionantes mediante los Patrones Funcionales de Salud. Elaboración de un plan de cuidados capaz de mejorar su competencia relacional, enfocado a la capacitación para el apoyo psicológico e instrumental tanto a diario como en momentos de crisis, aplicando diagnósticos NANDA/NOC/NIC.

RESULTADOS

Los objetivos de intervención identificados y los diagnósticos sugeridos son:

Mejorar la competencia relacional: 5311 Conflicto de decisiones, 00161 Disposición para mejorar los conocimientos, 00157 Disposición para mejorar la comunicación. Mejorar la capacidad de afrontamiento: 00158 Disposición para mejorar el afrontamiento, 00074 Afrontamiento familiar comprometido, 931 Ansiedad, 00148 Temor. Diagnósticos de riesgo: 00153 Riesgo de baja autoestima situacional, 001552 Riesgo de impotencia, 00067 Riesgo de sufrimiento espiritual. Se concretan 16 NOC y 26 NIC.

CONCLUSIONES

El enfoque holístico de la enfermería comunitaria y la metodología enfermera resultan idóneos para el objetivo planteado. Habría que estudiar su eficacia en la mejora de la socialización de la mujer receptora del AS, así como los efectos sobre el emisor del apoyo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plazaola-Castaño J et al. Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja. Gac Sanit. 2008; 22(6): 527-33
2. Molina JL, Fernández R, Llopis J. El apoyo social en situaciones de crisis: un estudio de caso desde la perspectiva de las redes personales. Portularia Vol. Viii, nº 1. 2008, [61-76], issn 1578-0236. © Universidad de Huelva
3. MuñozCobos F et al. El torbellino de la violencia. Relatos biográficos de mujeres que sufren maltrato. Aten Primaria.2009. doi: 10.1016/j. apim. 2009.02.002
5. Lemos Giráldez S, Fernández Hermida JR, Redes de Soporte Social y Salud. Psicothema 1990, vol 2, nº2, 113-135

LAS INTERVENCIONES NIC SOBRE COMUNICACIÓN INTERPROFESIONAL PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD EN LA TRANSFERENCIA/TRASLADO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS.

AUTOR/ES

Trini López Sánchez, Isabel Morgado Almenara, Marta Pérez Doctor, M^a Luz Amoedo Cabrera

PALABRAS CLAVE

Transferencia/Traslado Comunicación Interprofesional Seguridad

INTRODUCCIÓN

Hemos seleccionado las intervenciones NIC relacionadas con la comunicación interprofesional que debemos poner en marcha en el momento del traspaso de los pacientes hospitalizados en sus diferentes ámbitos de actuación (cambios de turnos, traslados, altas...) para garantizar la continuidad asistencial.

El sistema sanitario público (SSP) identifica el traspaso de los pacientes como punto crítico de seguridad definiendo los requisitos necesarios así como las propuestas de mejora en la comunicación para garantizar su efectividad.

OBJETIVOS

General: Estandarizar la comunicación interprofesional en el traspaso de los pacientes.

Específico: identificar y corresponder las intervenciones NIC de prevención de riesgo y control con las estrategias del SSSP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Requisitos de efectividad: identificación inequívoca, información clave referente a los diagnósticos al alta, plan terapéutico, tratamiento farmacológico, resultados de las pruebas, los cuidados y el seguimiento.

Análisis taxonómico intervenciones NIC (INIC): campo 6: sistema sanitario: cuidados en el uso eficaz del sistema de prestaciones para facilitar la comunicación interprofesional.

RESULTADOS

INIC: Consulta. Consulta/Seguimiento por teléfono. Derivación. Documentación. Informe de incidencias. Intercambio de información de cuidados de salud. Reunión multidisciplinar sobre cuidados. Seguimiento de la política sanitaria. Transcripción de órdenes.

Otras: Planificación del alta. Cuidados de enfermería al ingreso.

CONCLUSIONES

Las INIC seleccionadas responden ampliamente a las estrategias propuestas y permiten estandarizar la comunicación en el traspaso efectivo de los pacientes.

Propuestas estructuradas de mejora: reuniones briefing, rondas de seguridad, técnica ISAER.

BIBLIOGRAFÍA

The Joint Commission, Joint Commission Internacional (2007, mayo). Comunicación durante el traspaso de pacientes. Soluciones para la seguridad del paciente (vol.1, solución 3)

Villarejo Aguilar, Luis. Verificación de la comunicación en el traspaso de los pacientes. Ciber Revista SEEUE. Tercera época. Nº21 Setiembre-Octubre 2011.

Comunicación entre profesionales: interfase transferencia de pacientes. Itinerario formativo seguridad del paciente. EASP.

Bulechek G., Butcher HK., Dochterman JM. (eds.). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).

DISEÑO DE UN FORMATO DE VALORACIÓN APOYADO EN LA TAXONOMÍA NANDA

AUTOR/ES

Mercedes Lázaro-Otero, Marta Ortiz-Zubillaga

PALABRAS CLAVE

Taxonomía NANDA, Valoración.

INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería es el método científico aplicado a los cuidados¹. Mediante la recogida sistemática de información se identifican las respuestas alteradas en el individuo, punto de partida para organizar sus cuidados. Se trata de una fase crítica, ya que de su rigurosidad dependerá la eficacia del plan de cuidados que se establezca². El aplicativo informático Gacela Care planteó la necesidad de elaborar un formato cerrado de valoración.

OBJETIVOS

Elaborar un formato de valoración que sirva de soporte para las sucesivas etapas del proceso enfermero.

MATERIAL Y MÉTODOS

Selección de los diagnósticos enfermeros y de las características definitorias y factores de riesgo que se iban a incluir en la valoración. Para la organización de los datos se optó por el modelo de enfermería de Virginia Henderson. 2 grupos de trabajo: grupo de trabajo del Servicio de Salud y Subcomisión de Metodología de Cuidados, formados por enfermeras de diversas especialidades. Tuvo lugar en dos fases: elaboración y validación tras implantación. Técnica empleada: grupos de discusión.

RESULTADOS

Selección de 41 diagnósticos enfermeros reales y 12 de riesgo. Listado de 154 características de normalidad, 647 definitorias y 349 factores de riesgo, mayoritariamente de la taxonomía NANDA. Diseño de una guía de valoración.

CONCLUSIONES

Disponemos de una herramienta que nos ayuda a desarrollar el proceso enfermero. Nos sirve tanto de guía durante el proceso de recogida de datos, como de ayuda en la selección de los diagnósticos enfermeros.

BIBLIOGRAFÍA

¹Bellido Vallejo JC, Lendínez Cobo JF. coordinadores. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010. ²Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2005.

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN INFORMÁTICA NANDA-NOC-NIC EN LA ENSEÑANZA-APRENDIZAJE DE LA ELABORACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS EN ESTUDIANTES: PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.

AUTOR/ES

Olga Paloma-Castro, Jose Manuel Romero-Sánchez, Juan Carlos Paramio-Cuevas, Anna Falcó-Peguerols, M^aÀngels Saz-Roy, Montse Puig-Llobet

PALABRAS CLAVE

Lenguaje enfermero, NANDA, NOC, NIC, taxonomías enfermeras, aplicación informática.

INTRODUCCIÓN

El uso de herramientas que faciliten la aplicación del proceso enfermero utilizando las taxonomías es fundamental en la formación de estudiantes. La formación favorece una actitud positiva hacia el diagnóstico enfermero, y por tanto su utilización (Romero-Sánchez y Paloma-Castro, 2013).

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de la utilización de la aplicación informática NANDA-NOC-NIC (Educsa) vs. la consulta de las taxonomías enfermeras en formato libro para la realización planes de cuidados a pacientes no reales en estudiantes de Grado en Enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ensayo controlado aleatorizado simple ciego multicéntrico. Estudiantes de la Universidad de Cádiz y de la Universidad de Barcelona realizarán una serie de planes de cuidados a pacientes no reales asistidos por la aplicación informática NANDA-NOC-NIC (Grupo Experimental) y otro grupo lo harán de manera tradicional mediante la consulta de las taxonomías enfermeras en formato libro (Grupo Control). La solución de los casos propuestos será previamente consensuada por los profesores de ambas Universidades y posteriormente serán validadas por expertas en la materia. La efectividad se medirá en términos de calidad del plan de cuidados, precisión diagnóstica (Lunney, 2011; Matos, 2006) y actitud hacia el diagnóstico enfermero (Romero-Sánchez et al, 2013) mediante diversos instrumentos validados, así como el tiempo para concluir la tarea.

RESULTADOS

El grupo investigador espera que el uso de la aplicación mejore la calidad de los planes de cuidados realizados por los estudiantes, la precisión diagnóstica, la actitud ante el diagnóstico y reduzca el tiempo de implementación.

CONCLUSIONES

Es necesario investigar en la efectividad de aplicaciones o estrategias de aprendizaje que favorezcan la utilización de las Taxonomías Enfermeras por parte de los estudiantes para que sean capaces de elaborar planes de cuidados de calidad, que asegure unos cuidados adecuados a los pacientes con el mayor rigor científico posible.

BIBLIOGRAFÍA

Lunney M. (2011). Razonamiento crítico para alcanzar resultados positivos de salud. Estudio y análisis de casos clínicos de enfermería. Madrid, Elsevier Masson.

Matos F.G. (2006). Development of a tool to estimate diagnostic accuracy. Unpublished Master Thesis. Sao Paulo School of Nursing, Sao Paulo, Brazil.

Romero-Sánchez, J. M. y Paloma-Castro, O. (2013). Is Attitude Toward Nursing Diagnosis a Determinant of Its Use?. International Journal of Nursing Knowledge. doi: 10.1111/2047-3095.12013

Romero-Sanchez, J. M., Paloma-Castro, O., Paramio-Cuevas, J. C., Pastor-Montero, S. M., O'Ferrall-Gonzalez, C., Gabaldon-Bravo, E. M., Gonzalez-Dominguez, M. E.; Castro-Yuste, C., Frandsen, A. J. y Martinez-Sabater, A. (2013). A short form of the positions on nursing diagnosis scale: development and psychometric testing. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 47(3): 591-599.

Falcó-Pegueroles, A. (2009). Enseñar estrategias de razonamiento y pensamiento crítico a los estudiantes de Enfermería. Metas de Enfermería, 12(9): 68-72. <http://hdl.handle.net/2445/41634>.

APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO A UN PACIENTE CON ATAXIA DE FRIEDREICH

AUTOR/ES

Cristina Ramírez-Carmona, Almudena Arroyo-Rodríguez, José Alejandro Rodríguez-Marín, Inmaculada Lancharro-Tavero

PALABRAS CLAVE

Ataxia de Friedreich, plan de cuidados, proceso enfermero, valoración de enfermería.

INTRODUCCIÓN

La Ataxia de Friedreich es una enfermedad rara, neurológica degenerativa, que va acompañada de una gran morbilidad y mortalidad prematura, además de un alto grado de discapacidad y dependencia, generando un deterioro significativo de la calidad de vida.

El plan de cuidados que presentamos, según el modelo de Virginia Henderson, sigue la propuesta de Luis Rodrigo y colaboradoras.

VALORACIÓN

Es un paciente de 24 años con Ataxia de Friedreich, diagnosticada a los 4 años.

Siguiendo las 14 necesidades resaltamos los datos a considerar de movilidad, higiene, comunicación y eliminación.

Según las escalas administradas, el paciente presenta un Índice de Barthel de 13 y una puntuación de 15 en la Escala de Norton.

La agente de autonomía asistida presenta una puntuación de 1 en el Índice de esfuerzo del cuidador y una puntuación de 10 en el Cuestionario de Apgar Familiar.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

El paciente muestra una falta de autonomía debido a su enfermedad. En consecuencia sus necesidades deben ser suplidas.

La cuidadora posee las capacidades requeridas para realizar la suplencia de dichas necesidades de forma satisfactoria, por lo que no existen diagnósticos de autonomía aunque sí una falta evidente de la misma.

No se identificaron conductas inadecuadas relacionadas con áreas de dependencia que nos llevaran a formular diagnósticos de independencia (reales o de riesgo), asimismo tampoco aparecen conductas adecuadas para reforzar (diagnósticos de salud).

RESULTADOS E INTERVENCIONES

Se puede dar por finalizado el plan de cuidados puesto que no existen objetivos ni intervenciones, ya que la cuidadora suple las necesidades del paciente de forma correcta.

EVALUACIÓN

Podemos concluir que nuestro paciente presenta una situación de independencia sin autonomía, sin embargo existe una realidad inherente a su enfermedad, que hace que la enfermera deba mantener un seguimiento continuado, resaltando el papel de la enfermería en la cronicidad.

BIBLIOGRAFÍA

Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2003.

Farreras P. Medicina Interna. Vol. 1. 15ª ed. Madrid: Elsevier; 2000.

Fauci AS et al. Harrison. Principios de Medicina Interna. [monografía en internet]. 18ª ed. México, D.F: McGraw-Hill; 2012 [acceso 12 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.harrisonmedicina.com/resourceToc.aspx?resourceID=106>

Federación de Ataxias de España (FEDAES) [acceso 18 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.fedaes.es>

Luis MT et al. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2005.

Luis MT. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. 8ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.

NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación (2012-2014). Barcelona: Elsevier; 2013.

PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICO ENFERMERO VERSUS CIM 10

AUTOR/ES

Alicia Navarro-Cánovas, Ana M^a Escalera-Justo, Sonia Mimoso-Moreno, Trinidad Tolosa-Anguera, Antonia Arias-Perianez, Carmen del Olmo-Macià.

PALABRAS CLAVE

Planes de cuidados, CIM10, Diagnóstico enfermero

INTRODUCCIÓN

Durante el año 2013 en un equipo de Atención Primaria (AP) del Instituto Catalán de la Salud, se implementaron e incluyeron en el sistema informático planes de cuidados (PC) estandarizados, vinculados a las patologías crónicas más prevalentes. Planteados a partir del modelo bifocal (Carpenito) y situacionales, (debut, seguimiento, descompensación, severo) incluyendo diagnóstico enfermero (NANDA) /CIM 10.

OBJETIVOS

Conocer los PC trabajados en 2013 relacionados con CIM 10 y/o NANDA.

Conocer los diagnósticos enfermeros (DE) más frecuentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal retrospectivo en AP a partir de la revisión de historia clínica informatizada. Muestra: 547 pacientes atendidos en AP, durante 2013 con PC. De los cuales 100 estaban incluidos en Atención domiciliaria (ATDOM).

RESULTADOS

Un 54,3% mujeres y un 45,7% hombres, el 2,37% de los pacientes tienen más de un plan de cuidados.

Total planes 560, relacionados con CIM10 el 69,82% y con NANDA el 30,17%.

CIM10 más frecuentes: HTA 45,78%, DM 32,22%, MPOC 4,60%, Obesidad 3,58%, ICC 1,79%, otros el 12,02%.

DE más frecuentes: Riesgo de caídas (24,26%), Gestión ineficaz de la propia salud (14,20%), Manejo efectivo del régimen terapéutico (13,60%), Disposición para mejorar manejo régimen terapéutico (11,24%), Disposición para mejorar la capacidad (8,28%), Conductas generadoras de salud (5,91%), Riesgo/cansancio rol cuidador (4,14%), Conocimientos deficientes (4,14%), Riesgo/Deterioro de la integridad cutánea (3,55%), Otros 5,32%

CONCLUSIONES

Se utilizan mayoritariamente planes relacionados con CIM10,

No se identifican las propuestas situacionales.

Consulta AP: DE más prevalente, Gestión ineficaz de la propia salud.

ATDOM: DE más prevalente, Riesgo de caídas.

BIBLIOGRAFÍA

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) Quinta edición. Ed. Elsevier Mosby

Clasificación de resultados de enfermería (NOC) Cuarta edición. Ed. Elsevier Mosby

Vínculos de NOC y NIC a NANDA –I y diagnósticos médicos. Ed. Elsevier Mosby

PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE VULNERABLE

AUTOR/ES

M^a Dolores Peña-Peña, Purificación Romerosa-Arias

PALABRAS CLAVE

Seguridad del paciente

INTRODUCCIÓN

El objetivo es garantizar la continuidad de nuestros cuidados, evitar posibles efectos adversos que puedan afectar al paciente que es trasladado desde el servicio de urgencias a otras unidades del complejo hospitalario

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

900155 riesgo de caídas, 900114 síndrome de estrés de traslado, 900148 temor

INTERVENCIONES

6490 prevención caídas, 5820 disminución de la ansiedad, 6610 identificación de riesgos, 90960 transporte

BIBLIOGRAFÍA

Potter, P.A. Enfermería Clínica: Técnicas y procedimientos. 4^a Edición. Ed: Hacourt Brace.S.A. Madrid. 1999. Pág 13-16

Ministerio de Sanidad y Consumo. Proyecto NIPE: Normalización de las intervenciones para la práctica de la enfermería. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.

ESTUDIO DE CASO DEL DUELO PERINATAL EN GESTANTE PRIMÍPARA

AUTOR/ES

****Juana Macias Seda. *M^a del Carmen Mejías Paneque. **Fátima León Larios. *Matrona Hospital La Merced, Osuna. **Profesora Dpto. de Enfermería Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla.**

INTRODUCCIÓN

La muerte perinatal conlleva un duro golpe para los padres que ven truncados sus sueños de futuro enfrentándose a una realidad inesperada, cargada de incredulidad, desconcierto, ansiedad y culpabilidad en la mujer al considerar que ha hecho algo que ha ocasionado la muerte, sobre todo cuando no existe patología que lo justifique. Elaborar un plan de cuidados según la metodología NANDA-NIC-NOC ayuda a la enfermera a centrar objetivos, prestar soporte emocional y brindar apoyo a los progenitores de la manera más efectiva posible. La muerte perinatal también supone un grave riesgo biológico para la madre; en este plan de cuidados sólo nos hemos centrado en el aspecto emocional.

VALORACIÓN

Se realiza según los patrones funcionales de M. Gordon: Paciente de 33 años primípara sin factores de riesgo con gestación bien controlada y normoevolutiva que acude por no percibir movimiento fetal desde la mañana. Se diagnostica por ecografía ausencia de latido fetal.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

000069 Afrontamiento Inefectivo/ 000120: Baja autoestima situacional/000172: Riesgo de duelo complicado/00136: Duelo

INTERVENCIONES

(NIC): 7140: Apoyo a la familia. 5270: Apoyo emocional.5240: Asesoramiento.5230: Aumentar el afrontamiento. 5440: Aumentar los sistemas de apoyo.4920: Escucha activa.5294. Facilitar el duelo. 005300: Facilitar la expresión de culpa

RESULTADOS

0011205: Autoestima. 001409: Autocontrol de la depresión. 001803: Conocimiento del proceso de enfermedad. 001806: Conocimiento de los recursos sanitarios.001302: Afrontamiento de los problemas

BIBLIOGRAFÍA

1.- NANDA-I. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. 1 ed. Barcelona: Elsevier España; 2010.2.-

Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.3.-

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.4

Alfaro-LeFevre R. Aplicación del Proceso enfermero. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2007.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN LOS ESTUDIANTES DE LA ENSEÑANZA SUPERIOR DE MADEIRA

AUTOR/ES

Los Diagnósticos de enfermería identifican el estado de salud en comparación con los estilos de vida de los estudiantes en la enseñanza superior, lo que permite una intervención de enfermería basada en el conocimiento científico. Las taxonomías se constituyen herramientas para facilitar la comunicación.

OBJETIVOS

Diagnosticar las conductas de salud de los estudiantes.

MATERIAL E MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo en adultos jóvenes de la enseñanza superior de Madeira (Portugal). (N=1304). Se utilizó el cuestionario de Estilos de vida de la Enseñanza Superior (QEVES) validado para la población portuguesa ($\alpha = 0,810$). Cuanto mayor sea la puntuación obtenida más saludables son los estilos de vida. Los resultados constituirán evidencias para la formulación diagnóstica, utilizando la CIPE, versión 2.0.

El estudio se inició sólo después de obtener el permiso de las instituciones en las que este se llevó a cabo y el juicio favorable del comité de ética.

RESULTADOS

Caracterización

En total, 1.304 estudiantes de la enseñanza superior de Madeira, 60% son elementos femeninos. La mediana de edad es de 21 años y la edad media es de 20 años. La desviación estándar de la edad es de 2.56 y una amplitud de 13 años.

La población se distribuye en tres instituciones de estudios superiores, el 89% de los estudiantes que asisten a la Universidad de Madeira(UMa), 3% asiste a Instituto de Lenguas (ISAL) y 8% asisten a una Escuela Particular de Enfermería (ESESJC).

Son compartidas por 32 cursos de graduación, 22 de los cuales son 1º ciclo y 2º ciclo 10.

Estilos de vida en general

La puntuación media obtenida por los estilos de vida en general de nuestra población fue de 140,63 y la puntuación media fue de 141 (Tabla 1).

Tabla 1 - Puntuación media total de la muestra

	n	1259
	Ausente	45
Media		140,63
Mediana		141,00
Desviación estándar		11,719
Asimetría		-, 455
Error típico de la asimetría		, 069
Intervalo		77
Mínimo		96
Máximo		173
Percentiles	10	126,00
	25	133,00
	50	141,00
	75	149,00
	90	155,00

Estilos de vida para cursos en el área de la salud

Si nos fijamos en la media de los tres cursos en el área de la salud (Enfermería/ UMa, Enfermería/ ESESJC, Ciclo Básico Médico/UMa) la puntuación de 146.09 es considerablemente superior a la media obtenida para el conjunto de la población. La mediana de la puntuación a este grupo de cursos es también superior (146) que se muestran en la Tabla 2. Podemos concluir, que los cursos en el área de la salud son los que obtienen una puntuación media más alta.

Tabela 2- Score médio dos 3 cursos en el área de la salud

	n	215
	Ausente	9
Média		146,09
Mediana		146,00
Desviación estándar		8,940
Assimetria		-, 300
Erro de assimetria padrão		, 166
Intervalo		57
Mínimo		112
Máximo		169
Percentis	10	134,00
	25	140,00
	50	146,00
	75	153,00
	90	157,00

Estilos de vida por tipo de curso

El curso de mayor puntuación media es lo de enfermería UMa, a 146,93, y la mediana de la puntuación de 147,5, lo que demuestra que el 50% de los estudiantes de enfermería encuestados tienen un mayor o igual a 148 puntos. (desviación estándar de 9.295). La puntuación media más baja se observó en el curso de biología (régimen pos-laboral), con el valor de 131.75 y un puntaje promedio de 135. Tenga en cuenta que el progreso hacia esta desviación estándar es alta, 13.655, lo que indica una gran dispersión de las puntuaciones obtenidas entre el mínimo y el máximo puntaje de 104 a 158.

Tabla 8 - Análisis estadístico de las puntuaciones QEV según el curso

Curso	n		Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
	Válido	Ausente					
Enfermagem	84	3	146,93	147,50	9,295	116	169
Arte e Multimédia	34	0	138,44	139,00	11,662	114	159
Design	46	0	136,46	137,00	11,444	114	165
Ciência da Cultura	55	1	138,16	140,00	10,607	112	166
Ciências Culturais RPL	18	1	137,72	136,00	14,208	111	163
CCO	66	0	140,32	141,50	11,968	101	167
LRE	62	0	139,94	139,00	12,121	108	165
Psicologia	59	10	139,44	141,00	11,973	96	160
Mestrado Psicologia Educação	10	0	141,80	145,00	8,779	131	152
Mestrado Estudos Regionais e Locais	9	0	142,67	144,00	7,331	132	154

Engenharia Electrónica e Telecomunicações	40	1	134,00	131,00	14,972	98	166
Engenharia Informática	110	0	137,20	137,50	12,708	99	165
Engenharia Civil	25	3	137,32	138,00	13,723	110	162
Mestrado Telecomunicações, Redes e Energias	11	0	137,00	135,00	9,920	122	156
Mestrado em Engenharia Civil	25	0	137,44	135,00	11,332	113	161
Mestrado em Engenharia Informática	12	0	136,25	136,00	11,202	115	156
Ciências da Educação	23	1	142,74	144,00	10,893	114	161
Educação Básica	52	3	144,37	145,00	9,768	120	167
Mestrado Ciências da Educação Administração Educacional	4	0	146,00	146,00	10,392	137	155
Mestrado Edu. Pre-esc. Ens 1º c. Básico	37	0	145,57	146,00	10,846	122	165
Educação Física e Desporto	82	4	141,93	141,00	9,733	114	161
Mestrado Ensino da Ed. Física nos Ens. Básicos e Sec.	6	0	142,00	140,50	11,278	128	161
Gestão	69	12	139,36	140,00	11,064	103	159
Economia	59	0	139,03	139,00	11,573	115	161
Biologia (RPL)	16	0	131,75	135,00	13,655	104	158
Bioquímica	52	0	141,52	140,00	13,178	102	173
Mestrado Prep. de Mestr. Inte. C.B. do Mestr. Int. Medicina	32	4	145,50	146,50	9,719	124	163
Mestrado Bioquímica Aplicada	11	0	145,09	147,00	12,629	124	164
Mestrado Nanoquímica Nanomateriais	1	0	155,00	155,00		155	155
Licenciatura em Turismo	22	0	140,23	140,00	10,801	111	160
Gestão em Empresas	28	0	138,54	140,50	11,442	111	165
Enfermagem ESES J C	99	2	145,57	146,00	8,396	112	164

Estilos de vida por la institución

El ESESJC fue la que obtuvo un puntaje medio más alto, 145.57, con un puntaje mediano de 146, seguido por la UMa con una puntuación media de 140,28 y una puntuación mediana de 141. El ISAL fue la institución con la puntuación media más baja, con 138,25 y una puntuación mediana de 139. 50% de los estudiantes de ISAL logró una calificación entre 111 y 139. A pesar de las diferencias observadas en las puntuaciones medias de las 3 instituciones, un análisis de la varianza y comparaciones múltiples posteriores nos permiten concluir que la diferencia entre las puntuaciones medias de UMa y ISAL no son estadísticamente significativas y que ESESJC tiene una puntuación media significativamente más alta que las otras instituciones (ANOVA, p-valor inferior a 0.001).

Tabla 3 - Análisis estadístico de la puntuación de las instituciones de educación superior

	Instituciones de educación superior		
	Universidade da Madeira	ISAL	ESESJC

	n	1120	40	99
	Ausente	43	0	2
	Média	140,28	138,25	145,57
	Mediana	141,00	139,00	146,00
	Desviación estándar	11,876	11,631	8,396
	Mínimo	96	111	112
	Máximo	173	165	164

Puntaje medio para el elemento

Los resultados por ítem del QEV (elementos con puntuación media más baja) constituirán evidencia de su formulación diagnóstica, utilizando la CIPE, versión 2.0. Por tanto, los principales diagnósticos de los estudiantes de educación superior de Madeira en el ámbito de comportamientos de salud fueron: Comportamiento de salud adecuado (score medio del QEVES =140,63); Patrón Alimenticio comprometido (87,8 % ingería pescado algunas veces, raramente o nunca al menos 4 veces en la semana); Comportamiento de busca de salud comprometido (78,6 % no evaluaba su presión arterial); Patrón de ejercicio comprometido (74,9 % no practicaba ejercicio regular); Abuso de Sustancias (10,7 % consumía drogas permitidas, 14%, consume alcohol y un 7 % consumía tabaco).

DISCUSIÓN

Este estudio mostró que la puntuación media de los estilos de vida es 140,63 y la mediana es de 141, lo que significa que el 50% de los resultados de nuestra población está entre 141 a 173, lo que nos permite concluir que la mayoría de los estudiantes de educación superior de Madeira presenta un estilo de vida saludable. Los resultados reflejan que los estilos de los Estudiantes de la enseñanza superior de Madeira tienen estilos de vida más saludables en comparación con otros estudios (Carvalho, 2008; Reis et al, 2012).

CONCLUSIÓN

Los resultados reflejan que los estudiantes de la enseñanza superior de Madeira tienen estilos de vida más saludables en comparación con otros estudios. Estos diagnósticos sustentarán un plan de intervención basado en una metodología de investigación acción.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

OMS, Organização Mundial de Saúde. (2013). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health.

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA, Secretaria Regional dos Assuntos Sociais. (2011). Plano Regional de Saúde.

REIS, M., RAMIRO, L., GASPAR, M.M. & DINIZ, J.A. (2012). Os comportamentos sexuais dos universitários portugueses de ambos os sexos em 2010. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30 (2), 105-114.

CARVALHO, S. (2008). Saúde e Bem-estar na Transição Para o Ensino Superior: Influência dos Estilos de Vida nos Processos de Adaptação (Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, especialidade de Psicologia da Saúde). Retrived from <https://www.sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/229/1/TESE%20S%C3%B3nia%20Carvalho%20Costa%20em%20 PDF.pdf>

Entidades Colaboradoras

Univ. Sevilla. Vicerrectorado de Relaciones Institucionales

Univ. Sevilla. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y
Podología

Univ. Sevilla. Departamento de Enfermería

Consejo Andaluz de Enfermería

Colegio de Enfermería de Sevilla

Elsevier

Cruz Roja Española en Sevilla. Asamblea Provincial

FUDEN – Andalucía

Patronato del Real Alcázar de Sevilla. Ayuntamiento de
Sevilla

SATSE

Revista Rol de Enfermería

